

ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS

Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família

CLÁUDIA FILIPA GOMES ARAÚJO

Dissertação de Mestrado em Ciências da
Enfermagem, submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

2014

CLÁUDIA FILIPA GOMES ARAÚJO

ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS

Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Ciências da Enfermagem, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Maria do Céu
Barbieri Figueiredo

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do
Porto.

*O trabalho com a família representa a possibilidade de ampliar o nosso próprio mundo e
a nossa própria humanidade.*

Ângelo, 1999

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo por ter orientado esta dissertação e pela disponibilidade, pelo incentivo, pela confiança e por todas as partilhas e ensinamentos durante este percurso.

À Cláudia, Cristiana, Cristina, Vera, Tessy e Maria da Luz pela amizade, apoio, estímulo e colaboração durante todo o Mestrado. Sem vocês, esta etapa não seria possível!

À equipa da Unidade de Saúde Familiar que foi contexto do estudo, em especial aos enfermeiros, pela colaboração.

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade em partilhar as suas experiências.

À Rita, Miquelina, Sílvia, António, Valdenora e Joana Azevedo pela caminhada que fizemos junto ao longo do XX Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem e que foi pautada pelo espírito de camaradagem e apoio.

À Maria, pela amizade e por toda a colaboração, apoio e dedicação.

Ao Rúben e aos meus pais, pelo amor, compreensão e incentivo que ao longo destes anos me dispensaram.

A TODOS MUITO OBRIGADA!

RESUMO

No atual enquadramento legislativo dos Cuidados de Saúde Primários, a ideia apresentada e defendida integra um modelo de cuidados direcionado para a proximidade, sendo este efetivado pelas Unidades de Saúde Familiar. Estas assumem-se como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, e surgem como o contexto ideal para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar. Evidencia-se, assim, o papel do Enfermeiro de Família que desenvolve a sua atividade integrado numa equipa multidisciplinar e atua num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Com este estudo pretendeu-se conhecer a perceção dos utentes, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar, dos cuidados do Enfermeiro de Família. Para isso, desenvolveu-se uma investigação de cariz qualitativa, cuja intenção foi analisar e refletir sobre a forma como os utentes experienciam esta abordagem de cuidados de enfermagem. Para a consecução deste trabalho foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas a utentes que manifestaram disponibilidade e interesse em colaborar na realização do mesmo.

Após a colheita de dados, os mesmos foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo, destacando-se três dimensões: **Organização dos Serviços de Saúde**, que caracteriza a forma como os utentes percecionam a atual organização dos Cuidados de Saúde Primários; **Atributos do Enfermeiro de Família**, onde se descrevem as características dos cuidados do Enfermeiro de Família percecionadas pelos utentes, e **Efetivação do Enfermeiro de Família**, que diz respeito aos aspetos mais ou menos valorizados pelos utentes após os cuidados prestados pelo Enfermeiro de Família. De cada dimensão emergiram diferentes categorias.

Com esta investigação, não se ambicionou produzir resultados generalizáveis e conclusões largamente aceites, mas fazer uma reflexão acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros de família segundo a perspetiva daqueles que são alvo dos seus cuidados. É de extrema importância visualizar os utentes como parceiros na saúde, sendo que as suas pertinentes e realistas contribuições conduzem a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

Para além disso, contribuiu-se para o conhecimento na área de enfermagem de família, pois foram identificados os pontos fortes da prática da enfermagem com famílias, bem como as lacunas existentes, o que permitirá que sejam desenvolvidas estratégias que visam minimizá-las, ou mesmo colmatá-las, de forma a aproximar a teoria da prática desenvolvida pelos profissionais de enfermagem junto das famílias.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar, Atenção Primária à Saúde, Percepção Social, Saúde da Família.

ABSTRACT

In the current legislative framework of primary health care, the idea presented and supported integrates a model of care directed to the proximity and concluded by the family health Units. These Units play a fundamental role in delivering individual and family care, and appear as the ideal context to direct the target and focus of nursing practice to the family system. Therefore, it highlights the role of the Family nurse who develops its activity as part of a multidisciplinary team and acts in a context of proximity of care to a limited number of families integrated in a specific community.

This study intended to understand the idea that patients, enrolled in a family health Unit, have of the Family Nurse Care. To this end, it was developed a research of qualitative nature, whose intention was to analyse and reflect on how patients experience this methodology of nursing care. In order to achieve this work, ten semi-structured interviews were carried out to patients who have expressed willingness and interest in collaborating with the implementation of the research.

After having the data, these were studied using a content analysis technique, with emphasis on three dimensions: Organization of Health Services, which characterizes the way patients look at the current organization of primary health care; **Attributes of the Family Nurse**, where you describe the characteristics of the Family Nurse care perceived by patients, and **Achievement of the Family Nurse**, which is related to the aspects more or less valued by patients after the care provided by the Family Nurse. Of each dimension emerged different categories.

This investigation didn't aspire to produce results that can be generalized and conclusions widely accepted but make a reflection about the care provided by family nursing staff, according to the perspective of those who are the target of their care. It is extremely important to look at patients like partners in health, as their relevant and realistic contributions lead to a continuous improvement of the quality of health care. In addition, they contributed to knowledge in the area of family nursing, because the strengths of the practice of nursing with families were identified, as well as its gaps. This will allow the development of strategies that aim to minimize them, or even overpass them, in order to approximate theory and the practice developed by nursing professionals with families.

Keywords: Family Nursing, Primary Health Care, Social Perception, Family Health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 - ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS	19
1.1 - FAMÍLIA - A EVOLUÇÃO DO CONCEITO PARA A ENFERMAGEM.....	19
1.1.1 Saúde Familiar	28
1.2 - A FAMÍLIA COMO FOCO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	31
1.3 CONTRIBUTOS PARA UMA EFETIVA ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS	46
1.3.1 Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar	51
2 - O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	58
2.1 - ANÁLISE DE CONCEITO DE ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	61
3 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O CONTEXTO PARA A ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS	74
3.1 - PERCURSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL.....	74
3.2 A ATUAL ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	81
PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	87
1 - DESENHO METODOLÓGICO	89
1.1 - JUSTIFICAÇÃO E FINALIDADES DO ESTUDO.....	90
1.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO.....	91
1.3 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	93
1.4 - CONTEXTO DO ESTUDO.....	95
1.5 - POPULAÇÃO ALVO E PARTICIPANTES.....	96
1.6 - COLHEITA DE DADOS	98
1.7 - ASPETOS ÉTICOS.....	100
PARTE III: ESTUDO EMPÍRICO	103
1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	105
2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	133
CONCLUSÃO.....	141
BIBLIOGRAFIA.....	147

ANEXOS.....	157
-------------	-----

Anexo I - Guião da Entrevista

Anexo II - Parecer Favorável do Comité de Ética da ARS Norte, I.P. para realização do estudo

Anexo III - Consentimento informado, livre e esclarecido entregue a todos participantes do estudo

Anexo IV - Consentimento para a autorização da gravação em formato áudio entregue a todos os participantes

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Friso Cronológico com alguns dos principais marcos históricos internacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias	33
Figura 2 - Friso Cronológico com os principais marcos históricos nacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias	34
Figura 3 - Estrutura Concetual da enfermagem de família	40
Figura 4 - Níveis de preparação para a Enfermagem de Família.....	42
Figura 5 - Fontes Concetuais de teorias emergentes da Enfermagem com Famílias.....	47
Figura 6 - Diagrama do Modelo de <i>Calgary</i> de Avaliação Familiar	52
Figura 7 - Modelo de <i>Calgary</i> de Intervenção Familiar: interação de domínios de funcionamento familiar e intervenções.....	53
Figura 8 - O Enfermeiro de Saúde Familiar, a Saúde Pública e os Cuidados de Saúde Primários.....	67
Figura 9 - Diagrama de intercooperação interna entre unidades do centro de saúde	80
Figura 10 - Diagrama dos resultados obtidos na Análise do Conceito "Enfermeiro de Família", segundo a metodologia de Walker e Avant	106

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Definição de Saúde Familiar de acordo com os diferentes perspectivas disciplinares.....	29
Quadro 2 - Características das Famílias Saudáveis.....	30
Quadro 3 - Características das Abordagens da Enfermagem com Família	41
Quadro 4 - Níveis de prática da Enfermagem de Família	43
Quadro 5 - Intervenções de Enfermagem de acordo com os domínios do Funcionamento Familiar.....	54
Quadro 6 - Ingredientes-Chave da Entrevista em 15 minutos	56
Quadro 7 - Sugestões para evitar os três erros mais frequentes.....	57
Quadro 8 - Descrição das etapas da Metodologia de Walker e Avant.....	63
Quadro 9 - Identificação dos Critérios de Inclusão e de Exclusão aplicados na seleção dos documentos que foram utilizados para a análise do conceito <i>Enfermeiro de Família</i>	64
Quadro 10 - Resumo dos Documentos selecionados para a Análise do Conceito <i>Enfermeiro de Família</i>	65
Quadro 11 - Os Nove Papéis do Enfermeiro de Família estabelecidos pelo ICN	69
Quadro 12 - Identificação e definição dos Atributos Críticos do Conceito	70
Quadro 13 - Identificação e definição dos antecedentes e consequentes do conceito "Enfermeiro de Família"	71
Quadro 14 - Identificação e definição dos referenciais empíricos do conceito <i>Enfermeiro de Família</i>	72
Quadro 15 - Marcos Históricos para as reformas do Sistema de Saúde Português	75
Quadro 16 - Caracterização Socioprofissional dos Enfermeiros da USF onde decorreu o estudo.....	96
Quadro 17 - Características dos Participantes do Estudo	97
Quadro 18 - Mapeamento da análise de conteúdo das entrevistas.....	109

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento(s) de Centros de Saúde

ARS Norte, I.P - Administração Regional de Saúde do Norte, Instituição Pública

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL - Decreto-Lei

ICN - *International Council of Nurses*

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

SAPE- Sistemas de Informação de Apoio à Prática de Enfermagem

UBU - Unidade Básica de Urgência

UCC - Unidade de Cuidados à Comunidade

UCSP - Unidade(s) de Cuidados de Saúde Personalizados

UOSP - Unidade Operativa de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade(s) de Saúde Família

USP - Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Constituição da República Portuguesa reconhecem a família como uma célula fundamental de valor intransmissível da sociedade, sendo este juízo reforçado pelo plano *100 Compromissos para uma Política de Família* aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros nº 50/2004.

A família é uma referência fundamental para o indivíduo. É o primeiro e mais importante grupo social, o habitat natural para o desenvolvimento e automatização dos seus membros. Surge, também, como célula vital da sociedade. É na família que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. É no contexto familiar que a criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se assim para a idade adulta e para assumir estilos de vida que condicionarão de forma determinante o seu ciclo de vida.

Observa-se, pois, que o contexto familiar tem a capacidade de se organizar perante as mais diversas situações de transição saúde/doença, como o nascimento de novos membros no seu seio ou perante o envelhecimento e a perda de outros, sendo reconhecido como a mais constante unidade de saúde para os seus membros e apresentando-se, assim, como um potencial de ajuda na prevenção da doença e na manutenção e recuperação da saúde dos seus elementos. Neste sentido, é importante que a enfermagem se torne parceira e protagonista dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia (Abreu, 2009).

Na realidade, a enfermagem, como profissão, teve a sua origem nos cuidados de manutenção da vida, indissoluvelmente associados à família, onde as mulheres assumiam, de um modo natural, o papel de cuidadoras dos membros da família (Hanson, 2005). Contudo, como consequência de alterações sociais e da evolução científica e tecnológica da medicina, o aspeto curativo assumiu, durante algum tempo, maior relevância e a institucionalização surgiu como resposta às situações de doença, excluindo as famílias dos cuidados prestados aos seus membros (Freitas, 2009).

Com o Programa Operacional de Saúde 21, assumiram protagonismo conceitos como capacidade de adaptação, flexibilidade, autonomia e criatividade, interligadas à complexidade imposta pelas mutações populacionais e padrões de morbilidade. As novas tecnologias em uso na saúde, a globalização da informação e o incentivo ao autocuidado e autorresponsabilidade pela saúde levam à necessidade de uma reforma nas políticas de saúde e à consequente mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde a nível internacional.

Através deste programa operacional, a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem reassumiu-se e foram colocados novos desafios à enfermagem, evidenciando-se o papel do enfermeiro de saúde familiar na concretização das 21 metas traçadas nas políticas para o século XXI.

Na Europa, o verdadeiro impulso para os cuidados de enfermagem centrados na família ocorreu com a Conferência Europeia de Munique, onde surgiu de forma clara a figura do enfermeiro de família. Caminha-se, assim, para um modelo de cuidados de enfermagem onde a família emerge como foco e, como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere.

Portugal lidera estas preocupações internacionais e em 2005 inicia reorganização dos cuidados de saúde com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo a finalidade assumida pelo Grupo Técnico responsável a de contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais. Esta reforma consistiu na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde que incluem além dos órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de estruturas funcionais, das quais se destaca as Unidades de Saúde Familiar (USF) por se apresentarem como a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo e como o contexto ideal para direccionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar (Ministério da Saúde, 2006).

Surgem, dessa forma, os primeiros enfermeiros de família, integrados numa equipa multidisciplinar, e cuja missão é ajudar os indivíduos e as famílias a lidar com a doença, aguda ou crónica, ou em momentos de stresse, dedicando uma grande parte do seu tempo a trabalhar no domicílio dos utentes. Este profissional deve aconselhar as famílias em relação ao seu estilo de vida e comportamentos de risco, assim como fornecer-lhes apoio em matérias relacionadas com a saúde. O seu papel desenvolve-se ao longo de um contínuo de cuidados, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados a pessoas que estão doentes ou em estádios de final de vida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002a).

Observa-se que os cuidados de enfermagem no âmbito dos CSP tem vindo a sofrer alterações com o intuito de melhorar os cuidados prestados a uma determinada população com características peculiares, onde se verifica um enraizamento da cultura e da tradição familiar. No entanto, os utentes não devem ser apenas meros espetadores relativamente às mudanças dos serviços e cuidados de saúde que lhe são disponibilizados. Devem ser considerados como parceiros na saúde, sendo de extrema

importância explorar as suas opiniões relativamente aos cuidados que recebem nos serviços de saúde, na procura contínua da melhoria e da qualidade dos cuidados.

Surge, assim, a questão orientadora deste estudo: "Qual a perceção dos utentes, inscritos numa USF, relativamente aos cuidados do Enfermeiro de Família?", pois ao pretender-se estudar a perceção que esta população possui da prática deste paradigma e a importância que lhe atribui, tem-se como finalidade contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem com as famílias.

Para a efetivação de uma resposta concreta à presente questão, foram definidos os seguintes objetivos específicos para o estudo:

- Identificar quais os aspetos que os utentes mais valorizam nos cuidados do enfermeiro de família;
- Identificar quais os aspetos que os utentes menos valorizam nos cuidados do enfermeiro de família;
- Conhecer a conceção que os utentes possuem de "Enfermeiro de Família";
- Compreender de que forma a família é envolvida nos cuidados pelo enfermeiro de família;
- Identificar as principais características dos cuidados do enfermeiro de família.

Face a estes objetivos, tornou-se pertinente desenvolver um estudo de carácter qualitativo descritivo exploratório sobre a perceção dos utentes, inscritos numa USF, face aos cuidados prestados pelo enfermeiro de família.

O presente trabalho encontra-se estruturado em três partes distintas. Na primeira parte, encontra-se o enquadramento teórico, onde se efetua uma revisão da literatura relativamente à temática em questão, explanando temas como o conceito família para a enfermagem, a família como foco dos cuidados da enfermagem, o conceito de enfermeiro de família e a organização dos CSP. A segunda parte contempla o enquadramento metodológico, onde se expõe todo o processo de investigação no que diz respeito à perceção dos utentes inscritos numa USF dos cuidados do enfermeiro de família. Na terceira parte, encontra-se o estudo empírico, onde se apresenta os resultados e a sua discussão. Por último, são apresentadas as conclusões do estudo.

PARTE I



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS

A opção pela denominação de Enfermagem com Famílias, em detrimento de Enfermagem de Família, surge depois de se compreender, ao longo da revisão de literatura, que esta última denominação levanta muitas dúvidas quanto à sua clarificação, criando algumas controvérsias no seio da comunidade portuguesa de enfermagem.

Têm sido várias as designações atribuídas ao envolvimento entre a enfermagem e as famílias: Enfermagem de Saúde Familiar, Cuidado centrado na Família, Enfermagem das Famílias, Enfermeiras e Famílias, entre outras. Em todas elas, corrobora-se para a necessidade de um relacionamento cooperativo, e não hierárquico, entre os dois intervenientes deste processo, contudo, ainda se discute qual a terminologia mais adequada para que se transmita esta ideia. Desta forma, optou-se por partilhar da opinião de Freitas (2009), que defende que a expressão "Enfermagem com Famílias" transmite, de forma clara, a presença do indispensável relacionamento colaborativo terapêutico entre enfermeiros e famílias, para que se atinjam as metas a que se propõem, uma vez que a preposição "com", em substituição da preposição "de", imprime uma maior dinâmica relacional.

Neste sentido, torna-se necessário explanar algumas temáticas que serão primordiais para se compreender o desenvolvimento desta disciplina, que se centra nos processos saúde/doença, família e enfermagem.

1.1 - FAMÍLIA - A EVOLUÇÃO DO CONCEITO PARA A ENFERMAGEM

O conceito de família não é unívoco para todas as épocas e culturas, o que dificulta a sua concetualização. Etimologicamente, a palavra «família» tem origem latina e significa servo ou escravo. Ratti *et al* (2005) referem que esta raiz etimológica alude à natureza possessiva das relações familiares entre os povos primitivos, ou seja, a mulher devia obedecer ao seu marido como amo e os filhos pertenciam aos seus pais, a quem deviam as suas vidas; consequentemente, os pais julgavam ter direito absoluto sobre eles. Observa-se que a noção de posse e poder está intrinsecamente vinculada à origem e evolução do conceito família e grupo familiar.

Hanson (2005) refere que, ao nível das diferentes disciplinas do conhecimento, o conceito «família» apresenta conteúdos divergentes de acordo com os aspetos que são valorizados nas variadas áreas de estudo: na legal, é dado realce aos laços sanguíneos, adoção, casamento; na biológica, às redes genéticas; na sociológica, aos grupos de que vivem juntos e, na psicológica, aos grupos com fortes laços emocionais.

Durante décadas, a definição de família realizada pelos primeiros teóricos da ciência social da família, Burgess e Locke (1953), citados por Hanson, enalteceu os aspetos legais de consanguinidade, pois definiram-na como

um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue ou adoção, constituindo um único lar, interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã; criando e mantendo uma cultura comum (2005, p.6).

Esta conceção foi durante décadas utilizada pela Enfermagem, sendo que só a partir dos anos 80 é que surgiram definições mais alargadas sobre a família que transcenderam as ligações sanguíneas, de casamento e legais. Em 1985, um dos primeiros organismos oficiais de Enfermagem com Famílias, o Departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde de Oregon, definiu família como

um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. A família caracteriza-se pelo compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos (referenciado por Hanson, 2005, p.6).

Nesta definição enaltece-se a unidade de convívio, que coexiste devido à presença de vínculos afetivos, não sendo explícita a existência de relações consanguíneas ou legais. Ao longo do tempo, como resultado da prática e da investigação desenvolvida em torno deste tema, surgiram diferentes definições de família, reflexo de uma sociedade em constante mutação. Atualmente, o *International Council of Nurses* (ICN) define Família como

um conjunto de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2006, p.65).

Wright & Leahey partilham deste ponto de vista, assegurando que na definição de família o importante é o respeito pelas ideias referentes aos relacionamentos significativos e que família é "quem os seus membros dizem que são" (2009, p.48).

Reconhece-se nestas concepções uma maior abertura ao exterior, sendo valorizados outros aspetos para além da consanguinidade e da unidade de convívio, o que torna os limites de identidade e de pertença ao grupo familiar mais amplos, permitindo uma maior adaptabilidade às famílias contemporâneas que vão muito para além das famílias extensa e nuclear, ou seja, das famílias tradicionais. Hoje são reconhecidas, com a mesma viabilidade, uma grande variedade de formas de famílias com características próprias, tais como as homossexuais, adotivas, binucleares, monoparentais, reconstituídas, entre outras, fundamentadas nos vínculos psicossociológicos e na estrutura.

Observa-se que, apesar de constituir um fenómeno universal, a família tem vindo a assumir diversas formas em consequência das importantes transformações sociais, económicas e políticas vividas. Segundo os dados dos Censos de 2011 do Instituto Nacional de Estatística (2013), em Portugal, a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos, passando de 3,8 pessoas por família, em 1960, para 2,6 pessoas, em 2011. O casal (com e sem filhos) continua a ser a forma predominante de organização da vida familiar, sendo que, nos últimos 50 anos, assistiu-se ao aumento do peso relativo dos casais sem filhos, dos núcleos familiares monoparentais, das pessoas que vivem sós, dos núcleos reconstituídos e das famílias com idosos.

O Estado Português reconhece esta realidade e afirma que hoje, mais do que nunca, a sociedade é confrontada com constantes mutações que se repercutem como novos desafios no quotidiano dos indivíduos e das famílias. Assume que as políticas de família têm de ser ajustadas permanentemente, de forma a evitar a fragilização da estrutura familiar. Neste sentido, em 2004, o Conselho de Ministros aprova o plano "100 compromissos para uma política da família", considerando-a como "célula fundamental e um valor inalienável da sociedade" (Resolução do Conselho de Ministros, 2004, p.2242). Com esta iniciativa, o Governo pretendeu valorizar a família, destacar as suas funções, realçar os fins que persegue, evidenciar as responsabilidades que lhe incumbem e dignificar a sua identidade e autonomia, independentemente da forma como se assume.

Para Ratti *et al* (2005), o conceito de família movimentou-se de uma visão limitada como unidade estática no tempo para ser analisada como processo ao longo da vida inteira dos seus membros. Se durante décadas foi dada ênfase ao estudo sobre os indivíduos que compunham a família nuclear, no presente a família é visualizada como um todo, sendo em investigação, mais valorizadas as interações familiares, quer entre os membros que a compõem, quer com os sistemas exteriores, que incluem pessoas e grupos (amigos, vizinhos, comunidade) e, ainda, contextos (acontecimentos como guerras, catástrofes, crises económicas).

Atualmente, observa-se, em especial nas ciências sociais, uma maior valorização da relação e da organização das famílias, isto devido à adoção de uma abordagem sistêmica em detrimento do pensamento linear existente. Esta abordagem sistêmica teve por base a Teoria Geral dos Sistemas, do biólogo Von Bertalanffy, sendo que para Kaakinen & Hanson (2005) e Wright & Leahey (2009), a extrapolação desta teoria para a família foi a mais influente entre todos os referenciais dedicados à mesma.

Recorrendo a esta perspectiva sistêmica, Figueiredo (2012) reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização. Refere, igualmente que o seu percurso identitário emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação, quer entre o membros, quer com o ambiente.

Face ao exposto, ocorre a necessidade de clarificar estes conceitos, o que permitirá entender a extrapolação desta teoria para a família.

A globalidade, também denominada de totalidade, está relacionada com o facto de que o todo é diferente da soma das partes. Ou seja, define-se como globalidade o facto de qualquer sistema, uma vez constituído, revelar novas propriedades que as suas partes não apresentavam, resultantes da "inter-relação e interdependência dos comportamentos de todos os elementos da família" (Jones, 2004, p.33). A família assim representada é um todo maior e diferente do que a soma dos seus membros. Por outro lado, a família é simultaneamente um todo e uma parte, ou seja, um sistema pode ser descrito como um subsistema e ele próprio ser subdividido em subsistemas. Esta ideia é transferida para a família ao considerarmos que esta faz parte de vários sistemas mais amplos (família alargada, bairro, comunidade religiosa, sociedade, entre outros) e é composta por grupos de indivíduos, que funcionam como subsistemas (parental, conjugal, entre outros). Entretanto, cada membro da família integra e participa em vários subsistemas, sendo por sua vez, um sistema em si, composto pelos subsistemas físico, psicológico, espiritual.

Observa-se, assim, que o sistema familiar é um todo organizado, composto por hierarquias e por relações lógicas entre os subsistemas. Esta hierarquização sistemática pressupõe que um indivíduo possa participar em diversos sistemas e subsistemas, adquirindo em simultâneo diferentes papéis e estatutos. Neste sentido, é importante que os sistemas ou subsistemas possuam limites ou fronteiras, que correspondem a uma linha imaginária que envolve características (que podem ser de ordem física, emocional, psicológica, espiritual) que permitem delimitar o meio e identificar os elementos que pertencem a esse sistema/subsistema, bem como as suas funções, papéis, normas, estatutos e expectativas. O funcionamento da família vai depender da

permeabilidade/nitidez dos limites entre cada subsistema. Neste sentido, Barker (2000) considera três tipologias de limites:

- Impermeáveis, que resultam num forte isolamento, dificultando a comunicação e compreensão mútua e que impedem a necessária interação com o meio envolvente;
- Permeáveis, que resultam de uma excessiva suscetibilidade a acontecimentos e mudanças, fazendo com que se perca a identidade e a integridade do sistema/subsistema;
- Semipermeáveis, que são aqueles que permitem a diferenciação dos subsistemas através da troca de alguns aspetos, mantendo a sua integridade.

Minuchin & Fishman (2003) denominam os limites de rígidos, difusos e claros, como forma de caracterizar e tipificar as famílias. Assim, descrevem as famílias emaranhadas como aquelas que possuem limites difusos, apresentando um movimento relacional centrípeto, caracterizado por uma postura de fecho sobre si mesmo. Neste tipo de famílias, existe uma interdependência de funções e papéis que compromete a diferenciação dos seus membros. Por outro lado, as famílias desmembradas possuem limites rígidos, onde a autonomia individual está assegurada, mas em que não existe lugar para o apoio, comunicação e afeto. Entre estes dois extremos, temos a família com limites claros, que se distingue por respeitar o espaço e as funções de cada um, mas que possibilita a troca de influências e momentos de apoio entre os membros, favorecendo o desenvolvimento dos mesmos.

Contudo, esta definição e identificação da tipologia de família não pretende caracterizá-la quanto à sua qualidade, até porque no decurso do ciclo vital da família, existem momentos de maior emaranhamento ou desmembramento, no intuito de dar respostas às necessidades familiares. É ainda possível coexistirem numa mesma família diferentes tipos de limites entre os vários subsistemas, sem que para isso a família seja considerada problemática ou disfuncional.

De acordo com Hanson & Kaakinen, "cada sistema tem características concebidas para manter a estabilidade ou homeostase" (2005, p.46). Considera-se, pois, que a família está em constante mudança, em resposta a tensões vindas do ambiente externo, sendo apenas necessário que ocorra uma alteração numa parte do sistema para que todo o restante seja afetado. Sem estas mudanças, que constituem momentos de crise, o sistema familiar ficaria estagnado, incapaz de se adaptar ao meio envolvente.

A resposta do sistema face ao stress vindo do meio externo, é denominada por Jones (2004) de "feedback", sendo este importante para assegurar o equilíbrio e continuidade do sistema, uma vez que qualquer alteração que afete quer as partes, quer

o todo, tende a promover "a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar" (Figueiredo, 2012, p.67).

Neste sentido, Minuchin & Fishman (2003) referem que estes momentos de crise, que conduzem naturalmente a um aumento da vulnerabilidade familiar, podem ser simultaneamente uma ocasião e um risco. Ou seja, podem conduzir a uma evolução negativa quando os recursos familiares estão diminuídos e a intensidade do stresse vivenciado pela família ultrapassar a sua capacidade de adaptação e reação; ou, de igual modo, pode ser vista como uma ocasião de crescimentos, favorecendo as competências da família. Para que isto ocorra, os padrões dos sistemas são circulares e não lineares, permitindo que "o sistema familiar aumente em complexidade ao longo do tempo, evoluindo de modo a assegurar uma maior adaptabilidade, tolerância à mudança, e crescimento por diferenciação" (Hanson & Kaakinen, 2005, p.46).

Por último, não nos podemos esquecer da equifinalidade, característica que, segundo Jones (2004), corresponde à capacidade de os sistemas poderem, em virtude da sua organização e diversidade dos elementos, atingir os mesmos objetivos, por vias diversas, revelando uma persistência nesses apesar das várias perturbações externas. De acordo com isto, Figueiredo refere que a família, "enquanto grupo, evolui de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, sujeito às transições normativas e acidentais" (2012, p.68).

Kaakinen & Hanson (2005) consideram que uma das principais vantagens da extrapolação desta teoria para a família, é o facto dela abranger um vasto conjunto de fenómenos e perspetivas, quer dentro do contexto dos seus suprassistemas, quer dos seus subsistemas. Consideram-na, ainda, uma teoria interativa e holística, que observa mais os processos dentro da família do que o conteúdo e as relações entre as partes.

Como limitações, as mesmas autoras referem a sua difícil aplicabilidade na prática, por ser uma teoria tão vasta e geral, sugerindo o desenvolvimento de conceitos e de linhas de orientação práticas. Para além disso, esta abordagem não é tão útil para lidar com as preocupações dos elementos da família, comparativamente com as teorias orientadas para os indivíduos.

A família é uma referência fundamental para o indivíduo, sendo o seu primeiro e mais importante grupo social, o habitat natural para o desenvolvimento e autonomização dos seus membros. Em concordância, Ratti *et al* (2005) afirmam que, apesar de ao longo dos tempos, a família ter evoluído e encontrado novas formas de estruturação e organização, ela é reconhecida como uma estrutura básica permanente da experiência humana e identificada como um fundamento da sociedade.

Cada família possui também a sua identidade, onde a unidade e a unicidade surgem como principais atributos. É impensável, por tudo que o que foi referido anteriormente, descrever a família apenas com base nos indivíduos que a constituem. Todas as famílias se organizam numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e papéis de cada um dos seus membros, de acordo com as expectativas sociais. A forma específica e singular como se posicionam é efetivamente única, pelo que Relvas afirma que "não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal" (2000, p.14).

Neste sentido, Minuchin (1990) refere que, resultante da organização familiar, a família, enquanto grupo, desenvolve funções que visam a sobrevivência como sistema social e, simultaneamente, contribuir para a sociedade.

Ballard (2005) analisa as funções familiares considerando dois níveis: microssistémico e macrossistémico. No primeiro nível, a autora define as funções da família como sistema social, integrando as funções que permitem as respostas às necessidades internas da família; enquanto que o segundo é mais abrangente, perspetivando o impacto da família como instituição social, ou seja, integra as funções da família na sociedade.

Assim, adotando as condições definidas por Parsons (1951) para a sobrevivência da família como sistema social, Ballard (2005), ao nível microssistémico, enumera quatro pré-requisitos funcionais para a manutenção da integridade da família:

- A adaptação, que se reporta ao ajuste da família ao ambiente interno e externo e que exige a aquisição de recursos, capacidades e motivação;
- A realização de objetivos, que devem ser definidos, bem como identificados os meios para serem atingidos por cada família, como forma de promover o compromisso e a motivação entre os seus membros;
- A integração, que se refere aos meios utilizados pela família para manter a coesão, a solidariedade e a identidade, promotora da manutenção de relações próximas entre os elementos da família;
- A manutenção dos padrões e o controlo da tensão como estado interno do sistema, resultante das expectativas dos seus membros sobre os comportamentos a adotar, no contexto dos sistemas de valores familiares. Esta função obriga à existência de alguma flexibilidade face a situações de transição normativas e/ou acidentais.

A presença deste requisitos permitirá a concretização das funções sociais da família. Por outro lado, se a função da família não permitir satisfazê-los, essa dissolver-se-á e não conseguirá servir as necessidades da sociedade.

Ao nível macrossistêmico, Ballard (2005) descreve quatro funções:

- A económica, que corresponde aos meios materiais de sobrevivência e conforto, necessários para garantir muitas outras funções inerentes à família. Atualmente, centra-se no consumo de bens e serviços, no sentido de se manter a viabilidade económica da unidade familiar;
- A reprodução, que foi em tempos considerada função primária das famílias, por controlar e garantir a manutenção e expansão do grupo familiar. Nos dias de hoje, apesar das novas estruturas familiares, a família continua a contribuir para a reprodução biológica e social da sociedade;
- A socialização dos filhos, que permite a transmissão de uma cultura entre gerações e a aquisição e desenvolvimento nas crianças, de competências sociais e psicológicas, que lhes permitirão assumir o seu lugar na hierarquia social do mundo adulto;
- A estabilização de personalidades adultas, que está intimamente ligada com as áreas afetiva e de manutenção da personalidade, descrevendo o papel desempenhado pela família no assistir emocionalmente os seus membros.

Figueiredo (2012) compila as convicções vários teóricos para descrever as funções da família, apresentando como principais, para além das funções reprodutivas e económicas, as funções afetivas, de socialização e de cuidados de saúde.

As funções afetivas da família reportam-se à satisfação das necessidades emocionais dos seus membros, num contexto de amor, apoio e relações íntimas, permitindo a estabilidade emocional e o suporte aos elementos da família relativamente a pressões externas. Efetivamente, a família nunca foi tão importante como agora no desenvolvimento da sua função afetiva, que demonstra ser o "ponto central no processo de construção da identidade do indivíduo, facilitando a sua auto-realização pessoal no sentido da promoção da maturidade" (Figueiredo, 2012, p.46).

A família deverá então possibilitar o crescimento e a autonomização dos seus membros, concomitantemente com o desenvolvimento do sentimento de pertença, que engloba duas dimensões: familiaridade e filiação. A primeira traduz-se no sentimento advindo da interação quotidiana, enquanto que a segunda consiste nas representações mentais que possibilitam a filiação cultural. Estas tarefas da família representam a sua função interna, enquanto que a função externa consiste na socialização e transmissão da cultura que permitirá a adaptação social dos seus membros.

A função socializante da família permite a interiorização de normas sociais pelos seus membros, integrando-as e adaptando-as no sentido de serem capazes de desempenhar funções na mesma. Observa-se, assim, que esta função é fundamental,

não só para a integração dos membros na sociedade, mas também porque garante a continuidade dos sistemas sociais.

Neste sentido, Figueiredo refere que

a família constitui-se então como espaço de transmissão de crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos, assegurando a continuidade da cultura, através de um cenário quotidiano, com significados e significantes de rituais e mitos sociais, construindo a sua relação particular de afetos e interrelações entre os seus membros (2012, p.47).

Por último, Figueiredo (2012) explora a função da família nos cuidados de saúde, referindo-se a Duhamel (1995) quando diz que "o sistema de valores desenvolvido, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, influencia também a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos" (2012, p.47). Efetivamente, é no contexto familiar que são tomadas as decisões sobre as práticas de saúde, sendo que a família também se apresenta como provedora das mesmas. Neste sentido, Gutierrez & Minayo (2010) referem que é na família que se desenvolvem os cuidados essenciais à saúde que vão desde as interações afetivas, necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade dos seus membros, passando pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar e atingindo o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços.

A função da família nos cuidados de saúde engloba três aspetos fundamentais. O primeiro refere-se ao que se abordou anteriormente, em que, a família surge como o local onde os membros aprendem comportamentos que irão propiciar o desenvolvimento de atitudes e de comportamentos face aos seus processos de saúde.

O segundo aspeto relaciona-se com o facto da família surgir como o local onde os membros da família recebem os cuidados de saúde, sendo que é ela que "supervisiona o estado de saúde dos seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixas e de sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença dos seus integrantes pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais" (Elsen, Marcon & Silva, 2002, p.12).

No entanto, para Ratti *et al* (2005) a família não pode mais ser vista como uma mera cumpridora de ordens dos profissionais de saúde. Nos dias de hoje, as famílias têm acesso a diversos meios de comunicação, decorrentes do crescimento tecnológico, o que faz com que ocorram modificações na compreensão do processo saúde-doença, o que leva a um maior questionamento das práticas. Ao reconhecer que a família assume responsabilidades pela saúde dos seus membros é imprescindível que se reconheça, também, a necessidade de ouvir as dúvidas, ter consideração pelas suas opiniões e, sobretudo, incentivar a sua participação em todo o processo de cuidar.

O último aspeto é o facto da família se apresentar como um espaço de proteção e/ou precipitador da doença. Na verdade, ela surge como a catalisadora da saúde ou da doença dos seus membros; famílias caracterizadas por um ambiente seguro, estável do ponto de vista emocional, com cuidados e atenções necessários, são, normalmente, famílias saudáveis; por outro lado, ambientes familiares instáveis, inseguros, promovem, normalmente, o surgimento de famílias disfuncionais. Este aspeto revela-se essencial, pois o funcionamento saudável da família influencia positivamente a saúde de cada um dos seus membros, o que demonstra que a família, para além de ser vista como um agente de cuidado dos seus membros, deve também ser considerada um objeto de cuidados por parte dos profissionais.

1.1.1 Saúde Familiar

Todo este complexo caminho trilhado com o intuito de explanar as diferentes conceitualizações e funções da família remete para a, não menos complexa, identificação das famílias consideradas saudáveis, o que levanta a questão: qual o significado de Saúde Familiar?

Bormar & Baker-Word (2005) referem que a definição de saúde familiar tem evoluído a partir de diversas perspetivas disciplinares, encontrando-se no Quadro 1 algumas dessas definições.

Na área de enfermagem, os investigadores tendem a utilizar nas suas definições de saúde familiar uma perspetiva sistémica, onde se assume que a saúde da família difere e ultrapassa a soma do estado de saúde de cada um dos seus membros. Observa-se esta situação quando Figueiredo (2012) refere que a saúde familiar deve ser perspectivada como uma dimensão do sistema familiar em que o todo e as partes se influenciam mutuamente nos processos de saúde.

A definição de saúde familiar de Hanson reflete esta abordagem, definindo-a como um "estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar" (2005, p.7).

Para Figueiredo (2012), a saúde familiar surge como um estado subjetivo, especificado por um conjunto de características que visam maximizar o potencial de saúde da família. Para esta autora, a saúde familiar traduz-se na capacidade que o sistema familiar possui em promover estratégias que permitam a sua funcionalidade enquanto unidade, apresentando "uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros" (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001, p.93). Em continuidade, Figueiredo (2012) reforça que a saúde familiar integra quer a saúde de cada um dos membros individualmente, quer os aspetos do funcionamento familiar, ou seja, a saúde de cada

membro afeta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada um dos membros.

Quadro 1 - Definição de Saúde Familiar de acordo com os diferentes perspectivas disciplinares

Paradigma (Teóricos)	Definição de Saúde Familiar
Teóricos da Família (Oslo <i>et al</i>, 1989 e McCubbin e McCubbin, 1993)	São famílias resilientes, ou seja, possuem um equilíbrio de coesão e adaptabilidade, que é facilitado por uma boa comunicação.
Terapia Familiar (Bradshaw, 1998)	São famílias que possuem um ótimo funcionamento e a liberdade da família é partir da psicopatologia.
Teóricos do Desenvolvimento (Duval e Miller, 1985)	São famílias capazes de concluir as tarefas de desenvolvimento dentro de tempos adequados.
Sociologia (Pratt, 1976)	São famílias cheias de energia, ou seja, são capazes de responder às necessidades e interesses de todos os membros, lidam eficazmente com as transições e problemas de vida, são flexíveis e igualitárias na distribuição do poder, interagem regularmente com os seus membros e com a comunidade e englobam um estilo de vida que promove a saúde.
Enfermagem (Bomar e Baker-Word, 2005)	São famílias que apresentam um estado dinâmico e complexo, traduzido por um sentido de integração e de ligação nas interações familiares, pela flexibilidade e adaptação fácil e pelo trabalho em conjunto para a manutenção da unidade familiar.

Fonte: Criado a partir de Bomar, Perri J. & Baker-Word, Pammela (2005). Promoção da Saúde Familiar. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.). (p. 212)

A análise destas definições faz transparecer a existência de várias dimensões na saúde familiar. Bomar & Baker-Word (2005) apresentam a perspectiva de Loveland-Cherry (1986), que sugere quatro modelos sobre a saúde familiar, que poderão ser usados simultaneamente na mesma família:

1. **Modelo Clínico:** a família é considerada saudável se os seus membros apresentarem ausência evidente de doença física, mental e social;
2. **Modelo de desempenho do papel:** baseia-se na capacidade que o sistema familiar tem para desempenhar as suas funções, os seus papéis e as suas tarefas de desenvolvimento;

3. **Modelo adaptativo:** caracteriza-se pelos padrões de interação familiar com o ambiente, sendo que as famílias adaptativas são as que apresentam flexibilidade, adaptação eficaz ou habilidade para a mudança e crescimento;
4. **Modelo eudemonístico:** ao utilizar este modelo, os profissionais fornecem continuamente recursos, orientações e apoio, com o objetivo de maximizar o bem-estar da família e o potencial dos seus membros ao longo da vida familiar.

Pelo exposto, observa-se que a avaliação de saúde familiar abrange variadas características das famílias saudáveis, sendo que, dependendo do paradigma utilizado, estas podem auferir de outras designações, como famílias resilientes, competentes, energizadas. Bomar & Baker-Word (2005) resumiram as características apresentadas por vários autores, encontrando-se descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Características das Famílias Saudáveis

UNIDADE	
Empenho	Tempo passado em família
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolve um sentido de confiança Ensina a respeitar os outros Apresenta um sentido de responsabilidade partilhada 	<ul style="list-style-type: none"> Partilha de rituais e tradições familiares Aprecia a companhia de cada um Partilha tempo de lazer Partilha tempo simples e de qualidade
FLEXIBILIDADE	
Capacidade para lidar com o stress	Bem-estar espiritual
<ul style="list-style-type: none"> Apresenta adaptabilidade Vê as crises como um desafio e uma oportunidade Mostra-se aberta à mudança Cresce em conjunto com a crise Procura ajuda quando tem problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Encoraja a ter esperança Partilha a fé Ensina a ter compaixão pelo outros Ensina valores éticos Respeita a privacidade de cada um
COMUNICAÇÃO	
Comunicação Positiva	Apreciação e Afeto
<ul style="list-style-type: none"> Comunica e ouve de forma eficaz Fomenta o tempo e a conversa à mesa em família Partilha sentimentos Mostra atitudes não recriminatórias É capaz de arriscar e discordar Aceita em discordar 	<ul style="list-style-type: none"> Preocupa-se uns com os outros Apresenta sentido de humor Mantém a amizade Respeita a individualidade Gosta de brincar

Fonte: Adaptado de Bomar, Perri J. & Baker-Word, Pammela (2005). Promoção da Saúde Familiar. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.). (p. 213).

Todavia, torna-se necessário o desenvolvimento e utilização de instrumentos que visam a avaliação da saúde familiar, quer para permitir a identificação dos seus potenciais e/ou reais problemas, quer para avaliar as competências que a família tem para fazer face ao mesmos, sendo que a enfermagem tem um papel fulcral nesta avaliação.

1.2 - A FAMÍLIA COMO FOCO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A abordagem do trabalho da enfermagem com as famílias requer, de acordo com Hanson (2005), um recuo aos tempos pré-históricos, onde a prestação de cuidados estava relacionada com a manutenção da vida, pois como afirma Collière "garantir a sobrevivência era e continua a ser um facto quotidiano (...) era preciso tomar conta das mulheres em trabalho de parto, cuidar das crianças, tomar conta dos vivos e dos mortos" (1999, p.28)

Quem assumia o principal papel nesta prestação de cuidados eram as mulheres. Hanson (2005) afirma que o papel histórico das mulheres tem sido indissociável da família, pois era da sua responsabilidade proporcionar ambientes limpos e seguros nas suas casas para a manutenção da saúde e do bem-estar da sua família, como tinham ainda a função de cuidar dos membros doentes da família. No entanto, segundo a mesma autora, foi durante a era de Nightingale que "o desenvolvimento histórico das famílias e da enfermagem tornou-se mais explicito" (2005, p.16). Florence Nightingale implementou equipas que fomentavam o ensino da saúde em casa, encorajou familiares de doentes da Guerra da Crimeia a irem aos hospitais cuidarem dos seus familiares e promoveu a distribuição de enfermeiras parteiras e de serviços de saúde pelo domicílio. Nightingale defendia a envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, assim como a importância de existirem cuidados centrados nela, reconhecendo que a saúde e a doença evoluem em contexto familiar.

Com isto, observa-se que na história o envolvimento da família faz parte da enfermagem; contudo, nem sempre foi assim. Na verdade, como consequência de alterações sociais e da evolução científica e tecnológica da medicina, o aspeto curativo assumiu, durante algum tempo, maior relevância. Devido à influência do paradigma biomédico, ocorreu o abandono da prática dos cuidados domiciliários e o doente foi transportado para o "ambiente asséptico e científico do hospital, retirando-lhe todo o saber, despersonalizando-o e colocando-o sob as disposições dos profissionais de saúde" (Barbieri, 2011, p.45). Face a esta situação, as famílias foram preteridas dos cuidados aos seus membros, tanto em situação de doença, não sendo envolvidas nos tratamentos seus familiares, como em momentos cruciais do ciclo de vida familiar, como o nascimento e a morte.

Felizmente, nas últimas décadas, temos vindo a assistir a uma reorientação das práticas da disciplina de enfermagem. Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, que passam pela diminuição do período de hospitalização, o incentivo para cuidados ambulatoriais e por uma rede de suporte mais ampla e flexível na assistência a portadores de doenças crónicas, exigiu-se a expansão e ampliação de uma prática de enfermagem com base na família.

Neste sentido, Barbieri (2011) refere que a perspetiva contemporânea dos enfermeiros deve ser mais consentânea com as tendências atuais da saúde e com as suas redefinições políticas, sendo que impera a visão economicista que cada vez mais responsabiliza as famílias para a prestação de cuidados aos membros dependentes.

Esta exigência para uma participação cada vez mais ativa das famílias na saúde/doença dos seus membros pressupõe um aumento do acompanhamento a estas unidades por parte dos profissionais de saúde e consequente obrigação dos enfermeiros repensarem a sua maneira de equacionar e praticar os cuidados de saúde, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.

Torna-se evidente que, tal como o conceito Família, também a evolução dos cuidados de enfermagem às famílias tem sido influenciada pelas realidades políticas, económicas e sociais que se vão construindo, numa tentativa de acompanhar as necessidades reais em saúde das populações, que, consequentemente, conduz ao desenvolvimento teórico, prático e de investigação da enfermagem.

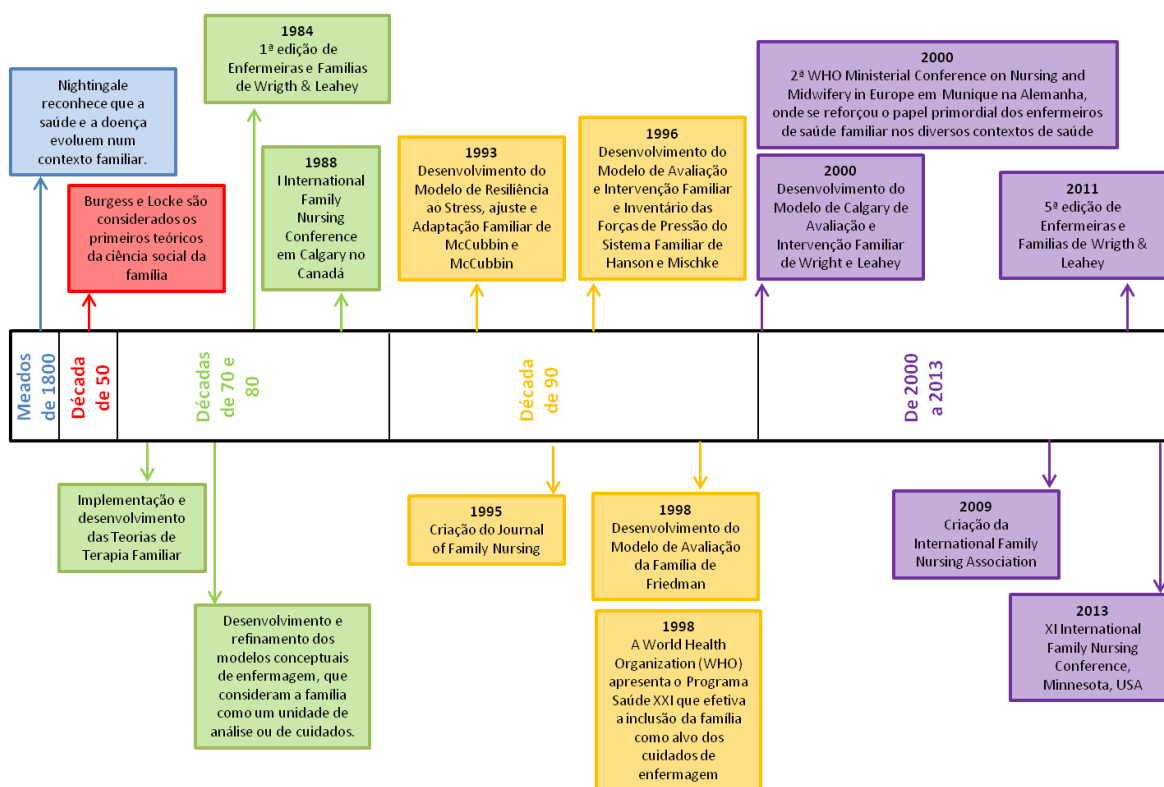
Neste sentido, e influenciada pelo desenvolvimento das teorias de enfermagem, bem como pela terapia familiar e pelas teorias das ciências sociais que têm a família como objeto, a enfermagem com famílias surge como uma área em grande ascensão das ciências da enfermagem. Bomar (2004) refere ainda outros fatores que favorecem esta ascensão das famílias, tais como foco dos cuidados de enfermagem, como o desenvolvimento das teorias de enfermagem, a investigação na enfermagem de família e de instrumentos de avaliação familiar e a definição de objetivos de saúde por organização internacionais.

Este movimento de integração das famílias nos cuidados de enfermagem conta com vários marcos históricos cujos contributos e diretrizes têm sido fulcrais para o desenvolvimento desta perspetiva de enfermagem a nível mundial, através da colaboração e parcerias estabelecidas entre vários países, advindo daí subsídios para a orientação, progresso e coordenação da enfermagem com famílias.

Na Figura 1, é possível observar os principais pontos históricos internacionais que contribuíram para a efetivação da enfermagem com famílias. Como já foi referido, este paradigma renasce fundamentado em teorias desenvolvidas por três grandes disciplinas: as ciências sociais da família, a terapia familiar e as ciências de enfermagem, através do

desenvolvimento e refinamento dos seus modelos e teorias, as quais serão desenvolvidas numa fase mais avançada do presente estudo.

Figura 1 - Friso Cronológico com alguns dos principais marcos históricos internacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias



Legenda:

- Acontecimentos de meados de 1800
- Acontecimentos da década de 1950
- Acontecimentos das décadas de 1970 e 1980
- Acontecimentos da década de 1990
- Acontecimentos entre 2000 e 2013

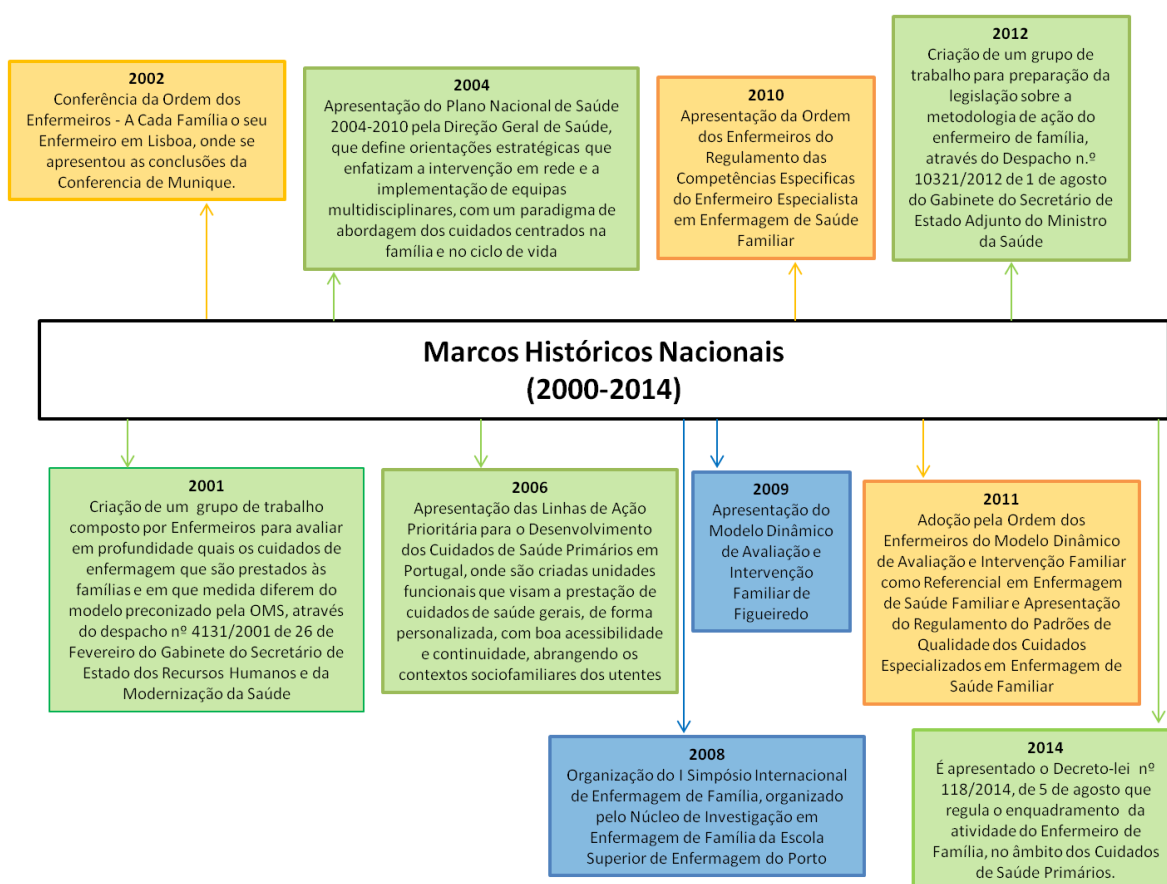
Assistiu-se, a partir da década de 90, a um crescente aumento da produção científica relacionado com a enfermagem com famílias, evidenciando-se os estudos de McCubbin & McCubbin (1993), Hanson & Mischke (1996), Friedman (1998), Wright & Leahey (1984 e 2000).

Associado à importância desta crescente produção científica, surge um dos eventos de maior projeção, a criação do *Journal of Family Nursing*, que, para além de oferecer a oportunidade de unir as enfermeiras de família, permite a difusão do conhecimento na área. Esta importante difusão é também conseguida pelas *International Family Nursing Conferences*, que evidenciam que a enfermagem com famílias tem vindo a expandir as suas fronteiras teóricas, de pesquisa e práticas, tanto em ideias e substância como geograficamente.

A importância de se reconsiderar a família como um parceiro nos cuidados de saúde foi ainda apreendida por organizações e entidades com responsabilidades políticas e civis nesta área, onde se destaca o Programa Operacional Saúde 21 da Organização Mundial de Saúde (OMS), que apresenta como um dos imperativos para atingir as metas a que se propõe, a absoluta necessidade de desenvolver a figura do Enfermeiro de Saúde Familiar como uma força de promoção da saúde, em toda a região europeia.

Em Portugal, a enfermagem com famílias tem um percurso relativamente recente, vindo a apresentar um crescimento considerável e consolidado nos últimos 14 anos. Barbieri refere que este desenvolvimento "foi materializado em oferta da formação e de produção científica, que evoluiu em simultâneo com a reorganização dos cuidados de saúde, com uma forte liderança política da Ordem dos Enfermeiros" (2011, p.45).

Figura 2 - Friso Cronológico com os principais marcos históricos nacionais relacionados com a Enfermagem com Famílias



Legenda:

- Contributos da Ordem dos Enfermeiros Portugueses para a Enfermagem com Famílias
- Contributos do Ministério da Saúde para a Enfermagem com Famílias
- Contributos do ensino e da investigação para a Enfermagem com Famílias

Na Figura 2, observam-se os principais marcos históricos que ocorreram em Portugal na âmbito da Enfermagem com Famílias, verificando-se que a emergência da consciência social, política e de cultura científica deste paradigma aconteceu mais tardiamente.

Martins (2011) realizou um estudo que pretendeu identificar os conhecimentos de enfermagem de família produzidos em Portugal, realizando uma análise documental das publicações portuguesas de enfermeiros que apresentaram resultados baseados em práticas de cuidados à família. Das 140 publicações localizadas e analisadas, apenas 19 datam do período anterior à Segunda Conferência Ministerial da OMS, ocorrida em Munique em 2000, e de onde saiu a declaração final *Enfermeiros: uma força pela Saúde*, também conhecida por Declaração de Munique. Daqui se conclui que esta foi determinante para que a enfermagem com famílias fizesse parte do léxico da generalidade dos enfermeiros portugueses.

Como se pode observar na figura, a disseminação deste novo desafio para os enfermeiros portugueses teve o contributo decisivo de duas instituições: o Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros (OE).

Do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, destaca-se a criação do grupo de trabalho que realizou o estudo *Enfermeiros de Família: avaliação dos cuidados*, a definição de estratégias abordados no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que enfatizam uma abordagem de cuidados centrada na família e no ciclo vital. Não se pode descurar a importância da Reforma dos CSP, iniciada em 2005, que veio afirmar a enfermagem com famílias, uma vez que o atual enquadramento legislativo efetiva um modelo de cuidados de enfermagem onde a família emerge como foco. Para efetivar este modelo em 2012 foi criado o grupo de trabalho para a preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família e que foi aprovada e decretada pelo Decreto-lei (DL) 118/2014, de 5 de agosto.

Todo este trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde teve o contributo da OE que, desde a sua participação na Conferência em Munique, tem vindo a envidar esforços no sentido de difundir as orientações da OMS através da elaboração de documentos com orientações específicas para a implementação e consolidação do Enfermeiro de Família em Portugal.

Por último, mas não menos importante, temos a formação e a investigação. Em Portugal, a formação dos enfermeiros sofreu uma evolução considerável a partir da sua integração no ensino superior em 1988, obtendo-se os três ciclos de estudos preconizados por Bolonha: licenciatura, mestrado e doutoramento em enfermagem, e que se têm vindo a consolidar na última década. Esta mudança da formação académica espelhou também a reorientação da disciplina de enfermagem, em que os cuidados

centrados na família adquiriram maior visibilidade. De acordo com Bastos (2009a), ocorreu um acréscimo da oferta de unidades curriculares (teóricas e práticas) com a família como foco, da oferta de formação contínua e cursos de pós-graduação em enfermagem de família, bem como um aumento da produção de um corpo de conhecimentos que decorre da investigação realizada, maioritariamente em contexto académico, em que a temática da família tem sido privilegiada.

Martins (2011), das 121 publicações havidas após a promulgação da nova legislação de política de saúde no país, identificou as seguintes áreas temáticas: assistência pediátrica (26), saúde familiar (25), saúde do adulto e do idoso (19), assistência às famílias no domicílio (16), saúde materna (9), assistência na fase terminal e/ou luto (8), assistência psiquiátrica (7), orientações políticas de saúde da família (7) e assistência em doença crónica (4). A mesma autora conclui que os enfermeiros nas suas investigações tentam adotar a nova abordagem de família a partir da sua área de especialidade ou da sua atuação profissional.

Na Figura 2, destaca-se o estudo desenvolvido por Figueiredo (2009), que originou o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), adotado pela OE como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar em 2011.

Reforça-se ainda a organização pelo Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto dos Simpósios Internacionais de Enfermagem de Família, que já conta com quatro edições. Estes contam sempre com a presença de conferencistas internacionais e têm o intuito de reunir enfermeiros interessados na área e estudantes de enfermagem, com o objetivo de se atualizarem conhecimentos e anunciar o estado da arte da especialidade num conjunto de países onde se tem investido na assistência à família pelos enfermeiros.

O caminho que tem vindo a ser trilhado pela enfermagem no trabalho com as famílias faz com que Hanson afirme que, se tivermos em conta as suas longas tradições e as novas definições, a Enfermagem com Famílias "é simultaneamente nova e velha" (2005, p.17), porém, este retorno das famílias à participação nos cuidados de saúde, segundo Wright & Leahey, tem sido assumido pela enfermagem como nunca antes tal tinha sido efetivado, ao ser estabelecido com muito mais "conhecimento, sofisticação, respeito e colaboração" (2009, p.2).

No entanto, Hanson (2005) afirma que, apesar deste evidente crescimento, existe algum desacordo sobre o modo como esta disciplina de enfermagem, enquanto especialidade, se irá distinguir das outras que também envolvem as famílias, como a saúde materno-infantil, a saúde mental e a saúde comunitária. Barbieri, no que se refere ao contexto nacional, levanta também uma questão que problematiza esta área em

crescimento: "A organização do trabalho dos enfermeiros, explicitando que prestam cuidados a famílias, pode ser designada por enfermagem de família?" (2011, p.45).

Estes aspetos conduzem à necessidade de esclarecimentos, como qual a concetualização de enfermagem de família e o que é que a caracteriza como disciplina específica com um corpo de conhecimentos próprios.

A família como centro da prestação de cuidados de enfermagem tem vindo a ser salientada nas definições legais de vários países, como é o caso de Portugal. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros assume-se que a Enfermagem é

a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2012, p.15).

Tal situação também se encontra patente no Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses, que no que concerne à humanização dos cuidados declara que "(...) o enfermeiro assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade" (OE, 2003, p. 107).

Neste contexto, Barbieri (OE, 2002a) afirma que foram as ciências sociais que ajudaram a enfermagem a lançar este olhar multidimensional sobre o indivíduo que necessita de cuidados, sendo uma "abstração desumanizante" considerá-lo isoladamente. Refere, ainda, que o indivíduo existe, antes de mais, inserido e em interação com os membros da sua família, deduzindo-se que "mais do que um desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na comunidade (...), os cuidados de enfermagem à família são um desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados aos doentes" (OE, 2002a, p.138).

Neste sentido, Hanson (2005) identifica os princípios justificativos da importância de uma abordagem de enfermagem junto das famílias, referindo que:

- é no contexto da família que os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos;
- a família é influenciada quando um ou mais membros têm problemas de saúde;
- a saúde dos membros é influenciada pela família e as práticas de saúde de cada indivíduo influenciam toda a família;
- os cuidados de saúde são mais eficazes quando é dada maior ênfase à família;

- a promoção, manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a saúde da sociedade.

Observa-se que a enfermagem junto das famílias emerge da mutualidade entre saúde e o funcionamento familiar, sendo que "a família constitui-se como fator de adversidade ou de proteção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e as processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento" (Figueiredo & Martins, 2009, p.616).

Face isto, Hanson define os cuidados de enfermagem à família como "o processo de cuidar das necessidades das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem" (2005, p.8), contemplando quer o indivíduo como toda a sua unidade familiar.

Por sua vez, Bomar concebe enfermagem com famílias como um "processo transformativo que aumenta a capacidade das famílias para alcançar o nível mais elevado de bem-estar" (2004, p.5).

Wright & Leahey conceituam enfermagem de família como "cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais" (1994, p.2).

Figueiredo & Martins referem, igualmente, que "a enfermagem de famílias surge como arte e ciência, alicerçada ao pensamento sistémico com uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, permitindo a compreensão de todos os fatores que inteiram a unidade familiar" (2009, p.616).

No entanto, independentemente da definição adotada, a enfermagem com famílias assenta em vários princípios filosóficos, sendo que Barbieri (OE, 2002a; 2011) destaca:

- inclusão deliberada da família no planeamento e na prestação de cuidados ao cliente;
- capacidade de levar em consideração as necessidades da família como um todo, e não apenas as do indivíduo;
- reconhecimento da importância das crises interpessoais e do seu impacto na saúde da família;
- ênfase ao estilo colaborativo, que respeita as forças da família e lhes dá apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados.

A partir deste princípios, compreende-se que o enfoque da enfermagem junto das famílias são as relações e as interações, tendo como finalidade a "capacitação da família

no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança" (Figueiredo & Martins, 2009, p.616).

Deste modo, e no sentido de clarificar a relação complexa e dinâmica entre a saúde da família e a saúde individual dos seus membros, o ICN (2002) inclui os seguintes princípios básicos orientadores das intervenções da enfermagem junto das famílias:

- dirigir a intervenção de enfermagem aos membros da família doentes e aos saudáveis;
- reconhecer a relação entre os níveis de saúde individual e familiar;
- reconhecer toda a experiência e vivência da família em termos do processo saúde/doença;
- delimitar o contexto sociocultural da família;
- aperceber-se dos distintos níveis de saúde entre os membros da família;
- reforçar a interação familiar e a interação da família/equipa de saúde;
- atender à dinâmica familiar, incrementando a flexibilidade necessária no plano de intervenção;
- definir, em colaboração com a família, prioridades na saúde familiar.

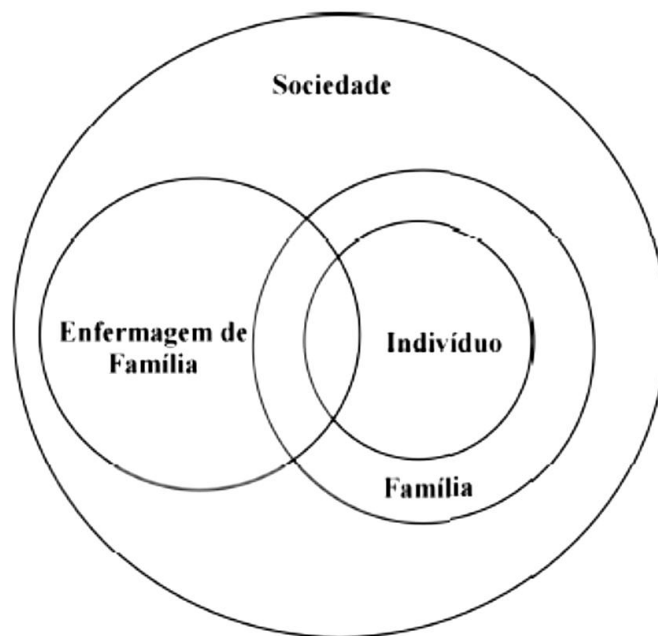
Hanson (2005) identifica um conjunto de aspetos comuns às intervenções de enfermagem com famílias, que lhe garantem especificidade e conhecimento próprio:

- Os cuidados à família têm em consideração a experiência da família ao longo do tempo;
- A enfermagem de família leva em consideração o contexto cultural e comunitário da família, sendo a família encorajada a receber e a contribuir para os recursos comunitários;
- A enfermagem de família reconhece a importância das relações entre os membros da família assim como a singularidade de cada um desses membros;
- A enfermagem de família é destinada às famílias, cujos membros estão saudáveis e/ou doentes;
- Na enfermagem de família reconhece-se a reciprocidade existente entre a saúde individual dos membros e a saúde coletiva dentro da família.
- O sistema familiar é influenciado por qualquer mudança que ocorra nos seus membros individuais.
- A enfermagem de família requer a manipulação do ambiente de modo a aumentar a probabilidade de interação familiar. No entanto, é possível oferecer cuidados de enfermagem à família ainda que nem todos os membros da família estejam presentes.

- A enfermagem de família enfatiza os recursos da família e dos seus membros individualmente, apoiando-os na sua interajuda e crescimento.
- É a família, em colaboração com a enfermeira, que define quem são os seus membros.

Compreendendo agora qual a concepção da Enfermagem com Famílias, bem como os princípios subjacentes às suas intervenções para que seja considerada uma especialidade distinta, na figura que se segue, pode observar-se o modo como os conceitos indivíduo, família, enfermagem e sociedade se interseitam, tornando-se pertinente analisar sob qual perspectiva a família deverá ser abordada para ser considerada um foco específico de prática de enfermagem.

Figura 3 - Estrutura Concetual da enfermagem de família



Fonte: Hanson, SMH. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família.: uma introdução. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação.* (p. 8).

Hanson afirma que a "enfermagem de família pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade" (2005, p.8). Conclui, ainda, que a estrutura concetual da enfermagem de família considera estas quatro abordagens de observação da família, envolvendo, simultaneamente, o indivíduo, a família e a comunidade com o objetivo de promover, manter e restaurar a saúde das famílias, que é essencial para a sobrevivência da sociedade. No Quadro 3, pode observar-se as características dessas quatro abordagens.

A dissemelhança entre as diferentes abordagens não compromete a sua legitimidade, pois a concepção de cada abordagem teve por base as orientações das diferentes especialidades da enfermagem, como a enfermagem materno-infantil, a enfermagem comunitária e a enfermagem de saúde mental, que contribuíram para o campo emergente da enfermagem com famílias. No entanto, é na visão sistêmica que se observa uma maior contribuição para que a enfermagem com famílias se torne mais evidente.

Quadro 3 - Características das Abordagens da Enfermagem com Família

Abordagem	Características
Família como contexto	Avaliação e cuidados centram-se no indivíduo; A família surge como contexto, podendo ser um recurso ou um fator de stresse para a sua saúde e/ou doença;
Família como cliente	Avaliação e cuidados centram-se em todos os membros da família, de forma individualizada; A família é vista como a soma dos seus membros; Cada membro da família é uma unidade e pouco se considera a unidade familiar na prestação dos cuidados.
Família como um sistema	Avaliação e cuidados centram-se em toda a família, concentrando-se simultaneamente no indivíduo e na família; A família é vista como um sistema interativo, no qual o todo é mais do que a soma das partes; As interações familiares são o alvo das intervenções de enfermagem;
Família como uma componente da sociedade	Avaliação e cuidados centram-se no subsistema família; A família é vista como uma das muitas instituições dentro da sociedade; A família como um todo interage com outras instituições para receber, trocar ou fornecer comunicação e serviços.

Fonte: Adaptado de Hanson, SMH.(2005).Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: uma introdução. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.). (pp. 10-12).

Assim, todas estas perspetivas são válidas, pelo que deverão ser todas ponderadas quando se trabalha com as famílias. Elas complementam-se e enriquecem-se, sendo que a opção por uma destas abordagens "é determinada por muitos fatores,

incluindo o contexto dos cuidados, as circunstâncias familiares e os recursos do enfermeiro" (Hanson, 2005, p.10).

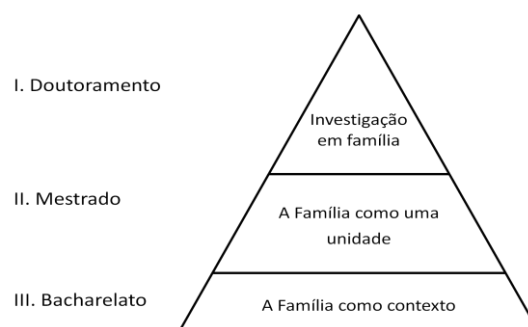
Wright & Leahey (1990) também reiteram da mesma opinião, afirmando que as diferentes perspectivas podem ser necessárias em diferentes momentos no cuidado a cada família, dependendo do contexto em que são providenciados os cuidados e também das competências dos profissionais de enfermagem envolvidos.

Deste modo, pode considerar-se que existem variados níveis de exercício profissional do enfermeiro de família, fortemente relacionados com a formação que o mesmo possui.

De acordo com Wright & Leahey (2009), as enfermeiras generalistas consideram predominantemente a utilização do conceito família como um contexto; por outro lado, os profissionais com formação pós graduada usam o conceito família como unidade de assistência (família como sistema). Segundo as mesmas autoras, esta última perspectiva requer uma formação acrescida e aprofundada em enfermagem dos sistemas familiares, pressupondo-se que esta conduza os profissionais à familiarização com um corpo de conhecimentos que envolve a dinâmica de família, a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, a intervenção e a investigação na família.

Gilliss (1993), referenciado por Hanson (2005), propõe um esquema para concetualizar os níveis de preparação para o ensino de enfermagem de família. Na Figura 4, observam-se os três níveis propostos.

Figura 4 - Níveis de preparação para a Enfermagem de Família



Fonte: Hanson, SMH.(2005).Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: uma introdução. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação.* (2ª ed.). (pp.22).

A nível do bacharelato/licenciatura, os estudantes devem receber formação para trabalharem com as famílias como contexto e como uma componente da sociedade.

O mestrado prepara os profissionais de enfermagem para uma prática especializada de enfermagem de família, trabalhando-se a família como cliente ou como

sistema. Esta preparação deve conter conteúdos sobre a teoria da família, a intervenção junto das famílias, a prática avançada e a supervisão clínica.

Por último, o doutoramento que incide geralmente no desenvolvimento e investigação sobre a enfermagem com famílias.

Gilliss (1993) refere ainda que um enfermeiro que veja a família como contexto pode ser generalista da Enfermagem de Família, mas especialista noutra área, assim como os enfermeiros que exercem enfermagem junto das famílias são especialistas em cuidados à família e generalistas noutras áreas.

Neste sentido, Bomar (2004) apresenta cinco diferentes níveis de prática do enfermeiro de família, utilizando o paradigma de principiante a perito de Benner (1984), e que se encontram definidos no Quadro 4.

Quadro 4 - Níveis de prática da Enfermagem de Família

Nível de Prática	Generalista/ Especialista	Educação	Cliente
Perito	Especialista Graduado	Doutoramento	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os níveis • Desenvolvimento da teoria sobre a Enfermagem de Família • Investigação sobre a Enfermagem de Família
Proficiente	Especialista Graduado	Mestrado com Experiência acrescida	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os níveis • Início da Investigação em Enfermagem de Família
Competente	Especialista Iniciado	Mestrado	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduo no contexto familiar • Enfermagem Interpessoal de Família • Unidade Familiar • Parentes
Principiante Experiente	Generalista	Licenciado com Experiência	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduo no contexto familiar • Enfermagem Interpessoal de Família (Enfermagem de sistemas de família) • Unidade Familiar
Principiante	Generalista	Licenciado	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduo no contexto familiar

Fonte: Adaptado de Bomar, Perri J. (2004). Promoting Health in Families - Applying Research and Theory to Nursing Practice (3ª ed.).(p.17)

Lansberry e Richards (1992), citados por Wright & Leahey (2009), referem que a distinção entre uma prática de enfermagem que enfatize a família como contexto ou como unidade de cuidados, se encontra fortemente articulada com a maneira como os enfermeiros pensam sobre a família.

Neste sentido, Ângelo afirma que "o ensino de enfermagem tem grande responsabilidade pela maneira como os estudantes e, conseqüentemente, os enfermeiros pensam a família" (1999, p.8). Segundo a autora, poucos enfermeiros pensam sobre o funcionamento e experiências da família, bem como sobre o cuidado às famílias, apesar

de estarem expostos rotineiramente, nos mais diversos contextos de cuidados, a situações onde as famílias enfrentam dificuldades. Isto acontece, porque simplesmente , não foram formados com a habilidade de "pensar família".

Ângelo (1999) defende que a valorização da família como domínio de enfermagem é resultante de uma combinação entre a sensibilização e o conhecimento dos profissionais. "Estar sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como fenómeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldades, (...), é considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e também a importância do cuidado da família" (Ângelo, 1999, p.8), o que predispõe os enfermeiros para o conhecimento, quer da própria família, quer de um corpo de conhecimentos específicos da enfermagem com famílias.

Atualmente, é indiscutível, dado à forma como a família tem influenciado a prática e a teoria na enfermagem, que os currículos, em qualquer nível de ensino da disciplina, contemplem uma abordagem à família, proporcionado aos formandos, para além de uma visão da importância deste grupo no fenómeno saúde/doença, a aquisição de competências cognitivas e relacionais que os preparem para uma prática onde a família é um elemento essencial nas atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação dos seus membros.

Em Portugal, como já foi referido, com a integração da enfermagem no ensino superior, ocorreu uma reorientação da formação da enfermagem, sendo que os cuidados centrados na família adquiriram maior visibilidade.

O quadro concetual de uma política de saúde para todos, aprovado pelo Comité Regional da OMS para a Europa, em setembro de 1998, veio reforçar a necessidade de investir na formação de recursos humanos, sobretudo dos enfermeiros, na área do cuidado à família. Com o início da Reforma dos CSP, que surgiu no âmbito desse quadro concetual, os enfermeiros que trabalhavam nesta área sofreram enormes desafios, que exigiram não só a afirmação das suas competências, mas também o reconhecimento do seu contributo para a saúde das pessoas, famílias, grupos e comunidade em geral. Perante esta situação, as Escola Superiores de Enfermagem tiveram de repensar a formação dos enfermeiros nesta área de atuação, sendo esta situação reforçada pelo Grupo Missão para os CSP, que reconhece que "a competência dos enfermeiros para o trabalho com as famílias exige um conhecimento aprofundado das famílias e da interação entre os diversos elementos da família e que deve ser integrado nos planos de formação em enfermagem" (2008, p.2).

Neste sentido, Martins *et al* (2011), elementos do Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolveram um estudo de avaliação quanto à competência adquirida pelos alunos no percurso da sua

formação inicial na Licenciatura para cuidar das famílias. O objetivo deste estudo foi identificar os pontos desconexos e as lacunas na formação do enfermeiro quanto à enfermagem de família, com a finalidade de reformular o currículo do Curso de Licenciatura de Enfermagem, de forma a adequá-lo às exigências das atuais políticas de saúde.

Neste estudo, foram identificados pontos deficitários no ensino da Enfermagem com famílias, surgindo como medidas corretivas a criação de uma unidade curricular cujos conteúdos permitam o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de família, a manutenção da abordagem de sobre a família em outras unidades já existentes, e, ainda, o desenvolvimento de uma pós-graduação em Enfermagem de Família que vise a otimização da capacidade de intervenção dos profissionais nessa área.

Também a OE se mostrou empenhada em dar resposta às novas políticas de saúde, baseadas nas diretrizes nacionais e internacionais e em melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem à população. Em 2010, criou o Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, que visa responder às novas exigências, competências e desafios impostos aos enfermeiros.

Com tudo o que se tem vindo a explicar, percebe-se que uma formação insuficiente na área da família é um fator decisivo que explica uma abordagem à família ainda escassa por parte da enfermagem. Contudo, outros fatores deverão ser tidos em conta para compreender este fenómeno, sendo que Hanson (2005) acresce a este fator, outros que considera serem obstáculos para uma prática de enfermagem junto das famílias:

- escassez de modelos e instrumentos adequados e abrangentes para avaliar a família, bem como de estratégias para uma intervenção de enfermagem;
- consideração, por parte dos enfermeiros, de que o estudo da família e da Enfermagem de Família faz parte do senso comum, não pertencendo formalmente aos programas curriculares de enfermagem;
- apetência dos alunos para a patologia e para a cura versus a promoção da saúde e prevenção da doença;
- práticas clínicas, nos diferentes contextos, ainda muito centradas no indivíduo, sendo que em algumas instituições de saúde a família é muitas vezes considerada um estorvo;
- fortes laços históricos com o modelo biomédico;
- sistemas de registos de saúde orientados para o indivíduo, não estando adaptados para a avaliação familiar;

- diagnósticos clínicos mais centrados na doença / indivíduo;
- dificuldade em acompanhar as famílias devido ao horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde.

No entanto, Hanson (2005) considera que muitos destes obstáculos estão lentamente a desaparecer, tendo vindo a ser feito um esforço pelas entidades de saúde, mas em particular pelo grupo profissional de enfermagem, em minimizá-los. Em Portugal, como exemplos, sumariamente, reforça-se o empenho e compromisso expresso da OE em implementar o Enfermeiro de Família, o acréscimo da terminologia na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem que contempla a família com consequente reflexo nos registos de enfermagem, a incorporação de conteúdos teóricos sobre a família nos planos curriculares das escolas superiores de enfermagem aos vários níveis de formação, e a reorganização dos serviços e dos cuidados de enfermagem por modo a facilitar uma abordagem à família.

Barbieri (2011) refere ainda a sua convicção na existência de centros de investigação de enfermagem de família, que serão determinantes para aprofundar saberes nesta área de conhecimento. Ao problematizar-se temáticas, pela experimentação de novos modelos de formação e de prestação de cuidados, será possível distinguir e avaliar que intervenções de enfermagem são eficazes na obtenção de ganhos em saúde e bem-estar das famílias. Tal situação permitirá formar profissionais, a nível da graduação, pós-graduação e a formação contínua, com base numa prática clínica consistente e que "permitirá aproximar o tão proclamado fosso entre a teoria e a prática" (Barbieri, 2011, p. 48).

Por outro lado, não se pode descurar a tão importante forma como os profissionais de enfermagem "pensam família", que resulta da combinação de variados fatores relacionados com a experiência e vivência pessoais e profissionais do enfermeiro e da sua sensibilização, motivação e capacidade de, fazendo uso da autonomia que hoje é incontestável em enfermagem, desenvolver uma prática diária que valorize a família nos processos de saúde/doença.

Observa-se, neste sentido, que uma intervenção junto das famílias se traduz num desafio para os profissionais de enfermagem na gestão, na prática, no ensino e na investigação.

1.3 CONTRIBUTOS PARA UMA EFETIVA ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS

Atualmente, a família, como parte essencial para o cuidado de enfermagem, é algo inquestionável, pois como Wrigth & Leahey afirmam "a evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e o bem-estar de seus membros, bem

como a sua influência sobre a doença, impele e obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem" (2009, p. 1).

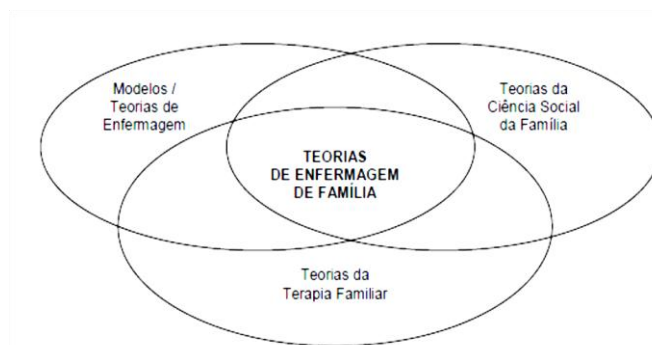
De acordo com Marcon & Elsen (1999), a família não pode ser vista apenas como uma mera cumpridora das prescrições dos profissionais de saúde. Ao reconhecer que ela assume responsabilidades pela saúde dos seus membros, exige-se que se reconheça a necessidade de ouvi-la nas suas dúvidas, considerar a sua opinião e, acima de tudo, incentivá-la a participar em todo o processo de cuidar. Como já foi referido, os pressupostos associados à enfermagem com famílias integram uma filosofia de parceria com a família, visando apoiá-la na procura de soluções para os problemas identificados, englobando-a no planeamento e execução das intervenções, sendo que estas se centram nos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento.

Para compreensão da família como unidade de cuidados de enfermagem, Figueiredo & Martins (2009) referem que é essencial que a família seja concetualizada através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, diversidade, unicidade, entre muitas outras características inerentes à sua multidimensionalidade, e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade.

Neste sentido, Hanson & Kaakinen (2005) afirmam que as estruturas concetuais ou teóricas que fornecem os fundamentos para a enfermagem de família desenvolveram-se a partir de três grandes disciplinas: Ciências Sociais da Família, Terapia Familiar e nas Ciências de Enfermagem através dos seus modelos e teorias, tal como demonstra a Figura 5.

De referir, que cada uma destas áreas se encontra em estádios diferentes de desenvolvimento, sendo distinto, também, o seu contributo para a enfermagem com famílias.

Figura 5 - Fontes Concetuais de teorias emergentes da Enfermagem com Famílias



Fonte: Hanson, SMH; Kaakinen, JR (2005). Fundamentos Teóricos para a Enfermagem de Família. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*. (p. 45).

As teorias das Ciências Sociais da Família são as que se encontram mais desenvolvidas e que mais informações fornecem sobre os fenómenos familiares, como a função familiar, o intercâmbio entre ambiente e família, interações e dinâmicas dentro da família, entre outros. No entanto, apesar do seu importante contributo, a utilização destas teorias na base da avaliação e intervenção da enfermagem com famílias é complicada, devido à sua natureza abstrata (Hanson & Kaakinen, 2005). Para Hanson & Kaakinen (2005), as principais teorias das Ciências Sociais da Família, consideradas úteis para a compreensão das famílias e para a prática da enfermagem junto dessas, são a teoria de sistemas, a teoria estrutural-funcional, a teoria interativa, a teoria do stresse, a teoria do desenvolvimento e a teoria da mudança.

As teorias da Terapia Familiar, embora menos desenvolvidas e mais recentes que as anteriores, facultam uma maior contribuição para a enfermagem junto das famílias. Isto acontece porque são teorias que precedem da prática profissional, tornando-se mais objetivas e, conseqüentemente, com maior aplicabilidade na teoria, prática, investigação e educação em enfermagem com famílias.

Hanson & Kaakinen (2005) identificam a terapia familiar estrutural, a terapia familiar de sistemas e a terapia familiar interativa e de comunicações, como sendo os três modelos da Terapia Familiar que mais contribuíram para a enfermagem com família.

Por último, dos três tipos de teorias existente, as estruturas conceituais de enfermagem são as menos desenvolvidas, surgindo como uma tomada de consciência da necessidade dos conhecimentos para uma boa prática de enfermagem (Collière, 1999).

Durante as décadas de 60 e 70, os enfermeiros deram grande importância ao desenvolvimento de modelos de enfermagem. Inicialmente, os teóricos de enfermagem apenas valorizaram o paradigma em que o indivíduo era visto de forma isolada de todo o seu contexto, apesar de Florence Nightingale, a primeira grande enfermeira teórica, já realçar nos seus documentos a importância da família. No entanto, a noção de cliente foi sendo alargada para incluir além do indivíduo, as famílias e as comunidades.

Tal situação faz com que algumas teorias de enfermagem possam ser aplicadas à enfermagem com famílias, não existindo, no entanto, nenhuma que seja única ou característica desta componente da disciplina de enfermagem, pois, e de acordo com Hanson & Kaakinen (2005), não é apropriado substituir a palavra "indivíduo" pela palavra "família", pois tal não permite compreender a complexidade dos sistemas familiares. As mesmas autoras referenciam algumas teorias como sendo as mais ajustáveis à prática da enfermagem com famílias, nomeadamente, o modelo de adaptação de Roy (1976,1981), a teoria da consecução do objetivo de King, o modelo de sistemas de Neuman, a teoria do défice auto-cuidado de Orem, a teoria dos seres humanos unitários

de Rogers, a teoria da estrutura da organização sistêmica de Friedemann, a teoria dos cuidados culturais de Leininger, a filosofia e ciência do cuidar de Watson, a teoria de enfermagem psicodinâmica de Peplau, o modelo de interação pai-filho de Barnard e o modelo de saúde de Newman.

Como se pode observar, não existe nenhuma teoria ou modelo da ciência social da família, da terapia familiar ou da enfermagem que descreva na íntegra os múltiplos processos e dinâmicas da família. Ao trabalhar junto das famílias, a enfermagem deve integrar saberes de outras ciências, pois como afirmam Hanson & Kaakinen, "os enfermeiros que usem apenas uma só abordagem estão essencialmente a limitar as possibilidades para as famílias" (2005, p.57).

As famílias são grupos complexos e a integração de variadas teorias permite aos enfermeiros que trabalham junto delas, perspectivá-las a partir de uma multiplicidade de abordagens, o que aumenta o leque de intervenções a poderem ser implementadas, que serão selecionadas de acordo com a especificidade de cada família.

Collière também reforça a importância desta multiplicidade de olhares, afirmando que "toda a enfermeira que esclarece as situações de cuidados de enfermagem, através dos contributos de diferentes conhecimentos, enriquece-os" (1999, p. 221), pois só dessa forma consegue contextualizar os problemas de diferentes maneiras, alargando a sua reflexão sobre as práticas, o que permite, no caso específico da enfermagem com famílias, "reforçar a força das famílias de forma criativa" (Hanson & Kaakinen, 2005, p.57).

Wright & Leahey concordam com essa necessidade de uma abordagem integrada na enfermagem com famílias, referindo que "é útil para as enfermeiras ter conhecimento dos muitos modelos oferecidos pelas várias disciplinas" (2009, p.3). No entanto, defendem que, em qualquer ambiente de prática clínica, é útil para as enfermeiras adotarem uma estrutura conceitual clara, a fim de facilitar a identificação das forças e dos problemas da família e a constituição de um plano de cuidados. Segundo os mesmos autores, "o emprego de uma estrutura de avaliação da família ajuda a organizar a quantidade maciça de informação aparentemente díspar, proporcionando também um foco para a intervenção" (Wright & Leahey, 2009, p.4)

Neste sentido, Schober & Affara (2001) identificam quatro modelos que contribuem para a conceção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções da prática de enfermagem junto das famílias: o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (*Family Assessment Intervention Model and Family Systems Stressor Strength Inventory*, Hanson e Mischke, 1996); o Modelo de Avaliação da Família de Friedman (*Friedman Family Assessment Model*, Friedman, 1993); Modelo do Enfermeiro

de Família da Região Europeia da OMS (*WHO/EURO Family Health Nursing Model*, 2000) e o Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar (*Calgary Family Model*, Wright e Leahey, 2000).

Este último modelo é o mais reconhecido no ensino, na prática e na investigação em enfermagem de família, sustentando a enfermagem com famílias de vários países, estando para isso traduzido em sete línguas: japonês, francês, alemão, coreano, sueco, português e islandês.

Para além dos modelos referidos anteriormente, a *International Family Nursing Association* reconhece a existência de outros modelos, desenvolvidos por teóricos de diversos pontos do mundo, como sendo de aplicação viável para a prática da enfermagem com famílias. Nessa listagem de modelos está incluído o MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2012) e que foi adotado pela OE como referencial teórico e operativo para a prática dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias (OE, 2011a).

O MDAIF foi co-construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos CSP e pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias. Este modelo baseia-se nos pressupostos teóricos do Modelo *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar e foi sustentado pelas experiências e vivências dos enfermeiros nos seus contextos de ação com as famílias.

O MDAIF reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando como propriedades a globalidade, a equifinalidade e a auto-organização, o que lhe confere uma organização específica. Partilha o princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, devem ser dirigidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências (Figueiredo, 2012).

Além disso, define os conceitos de Família, Saúde Familiar; Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família e apresenta uma estrutura operativa (que integra as definições teóricas e operacionais e é sustentada pelos pressupostos e postulados) que permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar. Apresenta um cariz dinâmico, flexível e interativo, que permite aos enfermeiros proporem intervenções que deem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades (OE, 2011a).

Os seus postulados ou princípios de intervenção enquadram o modelo no contexto dos CSP, particularizando a atuação dos enfermeiros no âmbito das atuais USF e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Atualmente, o MDAIF está integrado em conteúdos programáticos de Unidades Curriculares no âmbito da Saúde

Familiar, nomeadamente em Pós-Licenciaturas/Mestrados de Saúde Comunitária e de Saúde Familiar, em diversas instituições de ensino de enfermagem em Portugal.

No ponto seguinte, desenvolver-se-ão as principais características do Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, visto ser o modelo mais referenciado e adotado no ensino, na prática e na investigação em Enfermagem com Famílias.

1.3.1 Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar

O Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar foi desenvolvido por Wright & Leahey, enfermeiras canadianas, professoras de Enfermagem na Universidade de *Calgary*.

Na tentativa de definir, concetualizar e intervir na família pelas mais variadas disciplinas e através de perspetivas múltiplas, o modelo de avaliação e intervenção na família surgiu no sentido de dar resposta a uma lacuna existente, permitindo assim a profissionais que desenvolvem o seu trabalho com as famílias, um maior conhecimento nas suas várias dimensões.

Inicialmente, foi desenvolvido o Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar (MCAF), um modelo adotado em todo o mundo nos currículos de graduação e pós-graduação em enfermagem, tendo as autoras a consciência da necessidade de "revisitar e revisar o pensamento sobre o MCAF, a fim de validar, reconhecer e abranger a importância cada vez maior de certas dimensões da vida familiar que influenciam a saúde e a doença" (Wright & Leahey, 2009, p.XI).

Perante esta consciencialização, numa segunda edição do seu livro *Enfermeiras e Famílias*, as autoras, cientes da necessidade de dar relevo à intervenção quanto à avaliação das famílias, apresentam o Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar (MCIF), que oferece aos profissionais uma estrutura onde se enquadram as intervenções.

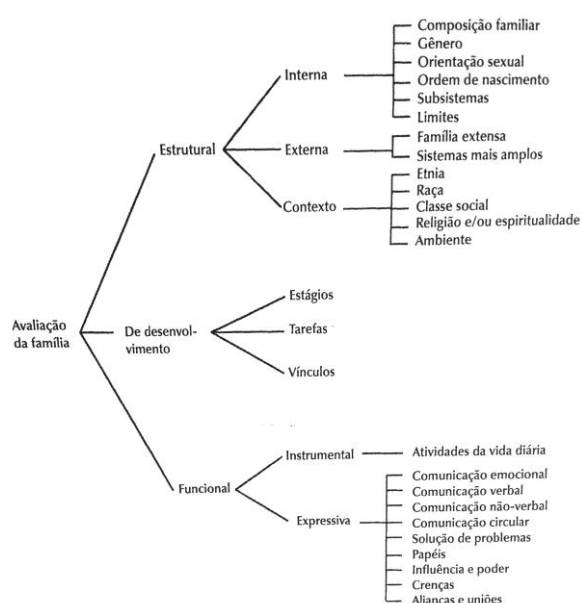
Atualmente, estes modelos têm sido obra de constantes atualizações e reformulações pelas suas autoras, influenciadas pelos avanços na investigação, na educação e na prática de enfermagem de família, de forma a melhorar o atendimento pelos profissionais às famílias e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar tem como influências teóricas o pós-modernismo, a teoria geral dos sistemas, a cibernética, a teoria da comunicação humana, a teoria da mudança e a biologia da cognição. Permite perceber a família como um sistema, identificar os problemas de saúde, os recursos e meios para os enfrentar e os apoios comunitários disponíveis, possibilitando assim uma orientação para intervenção na família (Wright & Leahey, 2009).

Wright & Leahey (2009) defendem que a enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde e que para isso, é necessário que os enfermeiros se tornem competentes na avaliação e intervenção na família por meio de relacionamentos colaborativos entre enfermeiros e famílias.

O MCAF apresenta uma perspectiva multiversa do sistema familiar, apresentando uma estrutura multidimensional que engloba três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Como se observa na Figura 6, cada uma dessas dimensões integra várias categorias e subcategorias que, no seu conjunto, permitem a avaliação sistêmica da família numa perspectiva dinâmica e de continuidade.

Figura 6 - Diagrama do Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar



Fonte: Wright, L.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*, (p.46).

A avaliação estrutural abrange aspectos do conhecimento da estrutura da família, integrando aspectos relativos à estrutura interna, externa e do contexto. Permite uma visão sobre a composição da família e o vínculo entre os seus membros, através da construção do genograma, e entre estes e os outros elementos significativos, como a família alargada, outros sistemas mais amplos, assim como o contexto onde a família se insere, através da construção de um ecomapa.

A avaliação de desenvolvimento permite compreender fenómenos familiares associados ao crescimento e que definem a sua trajetória evolutiva ao nível funcional, estrutural e interacional. A articulação do conhecimento dessa trajetória com as transformações na dinâmica familiar decorrentes do ciclo vital possibilita o desenvolvimento de cuidados antecipatórios, que capacitam a família na efetivação das suas tarefas desenvolvimentais.

A avaliação funcional caracteriza a forma como os membros da família interagem uns com os outros. A categoria do Funcionamento Instrumental centra-se nas atividades do dia a dia da vida da família. Por outro lado, a categoria do Funcionamento Expressivo direciona-se para os padrões de interação, sendo estes aqueles que parecem ter maior contributo para o estado de saúde da família.

A utilização de uma estrutura de avaliação da família ajuda a organizar essa quantidade maciça de informação, aparentemente díspar, proporcionando assim um foco para a intervenção.

O MCIF é uma estrutura organizada para a concetualização do relacionamento entre as famílias e o enfermeiro, com o objetivo de efetuar mudanças e promover o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2009). Na Figura 7, pode visualizar-se o ajuste ou eficácia entre um domínio do funcionamento familiar e uma intervenção de enfermagem.

Figura 7 - Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar: interação de domínios de funcionamento familiar e intervenções

Domínios do Funcionamento Familiar	Cognitivo	Intervenções propostas pela enfermeira
	Afetivo	"Ajuste" ou eficácia
	Comportamental	

Fonte: Wright, L.; Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família, (p.132).

As intervenções visam promover melhorar ou sustentar o funcionamento familiar em um ou nos três domínios, mas a alteração de um deles pode afetar os outros. Wright & Leahey (2009) acreditam que as mudanças mais profundas e contínuas são as ocorridas no âmbito das crenças, ou seja, no domínio cognitivo.

Neste modelo destaca-se o relacionamento família-enfermeira, dando-se ênfase à interação entre o desempenho dos membros da família e as intervenções sugeridas pela enfermeira. Wright & Leahey reforçam que as enfermeiras só devem "propor intervenções à família e não instruir, dirigir ou insistir sobre um determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar" (2009, p.132).

Por outro lado, referem que a abertura da família à intervenção dos enfermeiros depende da sua constituição genética e história de interação dos seus membros, mas também é influenciada pela relação enfermeiro/família e pela capacidade do enfermeiro em fazer a família refletir sobre os seus problemas (Wright & Leahey, 2009). Para isso, é necessário ter consciência que cada família é única, logo as intervenções direcionadas para uma família podem não se adequar noutras. O enfermeiro necessita de adaptar as

suas intervenções junto da família com quem trabalha de modo a promover ou facilitar a mudança e o funcionamento ótimo do sistema familiar.

O MCIF não consiste numa listagem de intervenções ou de funcionamentos familiares, pelo contrário, ele fornece meios para conceitualizar um ajuste entre esses dois elementos. Para isso, ele ajuda a determinar o domínio de funcionamento que predominantemente necessita de mudança e qual a intervenção mais adequada para realizar a mudança daquele domínio.

No Quadro 5, encontram-se descritas as intervenções sugeridas por Wright & Leahey (2009), de acordo com cada domínio do funcionamento familiar.

Quadro 5 - Intervenções de Enfermagem de acordo com os domínios do Funcionamento Familiar

Domínio do Funcionamento Familiar	Intervenções de Enfermagem	Finalidade das Intervenções
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar as forças da família e dos indivíduos; Oferecer informações e opiniões 	<p>As intervenções direcionadas para o domínio da cognição são aquelas que alargam os horizontes, oferecendo novas ideias, opiniões, crenças, informações e educação sobre determinada situação.</p> <p>O objetivo é transformar a maneira pela qual a família vê e acredita nos problemas, de forma a permitir encontrar novas soluções para os seus problemas.</p>
Afetivo	<ul style="list-style-type: none"> Validar ou normalizar as respostas emocionais; Incentivar as narrativas de doença; Estimular o apoio familiar 	<p>Estas intervenções possuem por finalidade a redução ou o aumento de emoções intensas que podem bloquear as tentativas da família em encontrar soluções para os problemas.</p>
Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar os membros da família a serem cuidadores; Incentivar períodos de descanso; Planear rituais. 	<p>Este tipo de intervenções dirige-se a apoiar a família a interagir e a proceder de modo diferente uns com os outros.</p> <p>Esta mudança, por vezes, é operada pelo convite a alguns ou a todos os membros da família, para a realização de tarefas comportamentais específicas.</p>

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família, (pp. 138-144).

As intervenções com a família podem ser diretas e simples ou inovadoras e dramáticas, consoante a necessidade do enfermeiro em função do problema demonstrado. No entanto, qualquer intervenção com a família deve ter como fim último o

apoio aos seus membros, no sentido de se encontrar soluções alternativas e se reduzir e aliviar o sofrimento emocional, físico e espiritual (Wright & Leahey, 2009).

Wright & Leahey defendem que "para obter o envolvimento das famílias, as enfermeiras precisam ter bom conhecimento de modelos de avaliação e intervenção na família, habilidades para entrevistar e perguntar" (2009, p.227). Neste contexto, para o sucesso do MCAF e do MCIF, as autoras desenvolveram a entrevista à família em quinze minutos, como um instrumento de avaliação e de intervenção que aplica as competências teóricas e práticas da enfermagem com famílias, baseada na visão sistémica.

Wright & Leahey referem que o conhecimento da família pode ser possível em reuniões muito breves com as mesmas, afirmando mesmo que "uma entrevista de 15 minutos, ou talvez menos, com a família, pode ser significativa, eficaz, informativa e até curativa" (2009, p.227).

O principal objetivo da entrevista em quinze minutos é fornecer às enfermeiras um enquadramento e as "ferramentas" necessárias para se obter informações, de forma rápida, sobre a estrutura da família, os elementos de suporte que a rodeia, as suas crenças sobre os problemas de saúde e outras informações que se inserem noutras categorias ou subcategorias que influenciam a adaptação da família aos aspetos relacionados com os fenómenos saúde/doença

Assim, conduzida em colaboração com a família, a entrevista em quinze minutos pretende permitir aos profissionais de enfermagem uma melhor identificação e resposta às necessidades da família, a fim de facilitar o processo de recuperação da saúde ou de minimização dos efeitos da doença (Wright & Leahey, 2009).

Wright & Leahey (2009) apresentam cinco "ingredientes-chave" essenciais para o sucesso da entrevista, no entanto, só ocorrem num contexto de relacionamento terapêutico entre a enfermeira e a família. As boas maneiras (*manners*), as conversas terapêuticas (*therapeutic conversation*), o genograma e o ecomapa da família, as perguntas terapêuticas e o elogiar as forças da família e do indivíduo (*commendations*), apresentam-se como ferramentas para guiar e ajudar a enfermeira durante a avaliação da família e intervenção com a mesma. No Quadro 6, encontram-se caracterizados cada "ingrediente-chave".

Holtslander (2005) descreveu a aplicação clínica da entrevista à família em quinze minutos numa unidade de cuidados pós parto centrada na família. Esta autora descreve como a entrevista à família pode integrar aspetos do cuidado de enfermagem inerentes ao processo de admissão, à orientação dentro da unidade, aos aspetos de educação para a saúde e, ainda, na preparação para a alta. Todos estes aspetos manifestam-se como oportunidades que proporcionaram conversações terapêuticas. A autora refere ainda que tanto os pais como as mães demonstraram níveis elevados de satisfação por

participarem no processo de entrevista, pois puderam expressar os seus sentimentos, pensamentos e preocupações em conjunto.

Quadro 6 - Ingredientes-Chave da Entrevista em 15 minutos

Ingrediente-Chave	Características
Boas Maneiras (<i>Manners</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • São atos de profunda educação e cortesia, de respeito e gentileza; • São fundamentais para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica; • Têm também o efeito de instalar confiança nos elementos da família.
Conversas Terapêuticas (<i>Therapeutic Conversation</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • É uma intervenção que todos os enfermeiros realizam, sem, por vezes, pensarem nela como tal; • Ajuda a família a expressar as suas preocupações e, por outro lado, a pensar de forma diferente sobre o problema, a mudar as suas expectativas, nas suas circunstâncias particulares; • São caracterizadas pela escuta ativa, demonstração de compaixão, fornecimento de reforços e informações.
Genograma e Ecomapa Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • São instrumentos que auxiliam na avaliação estrutural da família; • São de simples utilização e permitem uma rápida visão da complexidade das relações familiares. • Funcionam como fonte de informação, de forma sucinta, para o planeamento das estratégias.
Perguntas Terapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> • São perguntas colocadas à família e que encorajam os membros a expressar as suas crenças, clarificarem a sua compreensão sobre a doença e a refletirem sobre a situação que estão a viver; • As questões circulares ou de intervenção são as mais úteis, porque se dirigem a uma explicação dos problemas e das interrelações. Permitem, ainda, a abertura para um novo comportamento familiar, sendo uma estratégia que ajuda a família no processo reflexivo que poderá fornecer a mudança; • As questões lineares são, essencialmente, de finalidade investigativa. Exploram as descrições ou percepção dos membros da família sobre o problema.
Elogiar as forças da família e do indivíduo (<i>Commendations</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • São formas de sublinhar os recursos, as forças e as competências da família; • Proporcionam aos elementos da família uma nova visão de si próprios, dando-lhes a oportunidade de olharem para o seu problema de saúde de forma diferente e de se orientarem para soluções mais efetivas que reduzam o sofrimento atual ou potencial.

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família, (pp. 229-234).

Como já foi referido, as enfermeiras que trabalham com as famílias pretendem ser úteis e reduzir ou aliviar o sofrimento sempre que possível. Contudo, podem ocorrer enganos ou maus julgamentos, sendo que Wright & Leahey (2009) identificaram três erros que acreditam ser os mais frequentes, realizando sugestões para evitá-los, que se encontram descritas no Quadro 7.

Quadro 7 - Sugestões para evitar os três erros mais frequentes

Erros	Sugestões
Falha em criar um contexto para a mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar interesse, preocupação e respeito por cada membro da família; • Obter uma clara compreensão sobre a preocupação mais predominante ou que causa mais sofrimento; • Validar a experiência de cada membro; • Reconhecer o sofrimento e o sofredor.
Tomar partido	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a curiosidade; • Lembrar-se que "o copo pode estar meio cheio e meio vazio"; • Fazer perguntas que convidem a exploração de ambos os lados de um padrão interacional circular; • Lembrar-se de que todos os familiares passam por algum sofrimento quando há problema ou enfermidade na família; • Reservar tempo equivalente e de igual interesse a cada membro da família; • Lembrar-se de que as informações são "Novidades de uma diferente" (Bateson, 1972); • Tentar não atender telefonemas de um membro da família que queira falar de outro membro da família.
Aconselhamentos prematuros	<ul style="list-style-type: none"> • Somente aconselhar, dar opiniões ou fazer recomendações depois de obtidas completa avaliação e total compreensão da preocupação ou do sofrimento da família; • Aconselhar sem acreditar que as sugestões sejam as melhores ou que sejam muito boas as ideias ou opiniões; • Fazer mais perguntas em vez de dar conselhos durante as conversas com as famílias; • Obter a resposta da família e a reação à equipa.

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2009). Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família, (pp. 241-247).

As autoras acreditam que ao descrever os erros mais frequentes e a sugerir formas para evitá-los, as enfermeiras possam evitar cometê-los ou, caso cometam algum, encontrem maneiras para reparar a situação e recuperar a família. Só dessa forma, "ao evitar os erros mais prevalentes, as enfermeiras não só possam manter como também melhorar a sua assistência de enfermagem de família" (Wright & Leahey, 2009, p.241).

2 - O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

O reconhecimento que a enfermagem tem dado à família iniciou-se nos Estados Unidos da América, a partir de 1980, onde as políticas sociais da *American Nurses Association* descrevem a família como um dos alvos dos cuidados de enfermagem (Hanson, 2005).

No Canadá, em 1997, a *Canadian Nurses Association* declarou que a abordagem centrada na família é um dos objetivos da prática de enfermagem (Schober & Affara 2001; Hanson, 2005), recomendando que todos os enfermeiros deveriam ter competências para trabalhar com as famílias.

Na Europa, foi através do quadro concetual da política para todos para a Região Europeia da OMS, denominado de Saúde 21, que foi reafirmado o papel da enfermagem na saúde da família, pela sua contribuição na melhoria da saúde na região europeia.

A Saúde 21 foi aprovada pelo Comité Regional da OMS para a Europa em setembro de 1998, tendo sido estabelecidas 21 metas que se articulam com a política regional, possibilitando a cada Estado Membro desenvolver as suas próprias políticas e estratégias de saúde. Os valores essenciais que subjazem a esta declaração abordam a saúde como um direito essencial e equitativo e defendem a responsabilização dos indivíduos, famílias e comunidades nos seus processos de saúde (OE, 2002a).

De entre as 21 metas traçadas para que se atingisse uma saúde para todos no século XXI, é na meta 15 que se realça o papel da enfermagem na saúde familiar, declarando que no centro dos cuidados "deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio" (OMS, 2002, p.23).

Como se pode observar, o termo utilizado no documento da Saúde 21 é o de enfermeiro de saúde familiar, contudo, em outros documentos internacionais é empregado o termo *the family nurse*, (Schober & Affara, 2001; ICN, 2002), traduzido para português como enfermeiro de família. Nesse sentido, e uma vez que possui o mesmo significado descrito nos documentos referentes ao quadro concetual da política para todos para a Região Europeia da OMS, ao longo deste trabalho optou-se por utilizar o esta última terminologia.

Posteriormente à elaboração do quadro concetual da Saúde 21, ocorre a segunda Conferência Ministerial da OMS em enfermagem e enfermagem obstétrica na Europa, realizada em Munique em junho de 2000, que aprovou a Declaração de Munique subscrita pelos Ministros da Saúde dos Estados Membros da Região Europeia, e que consagrou o papel central dos enfermeiros face aos novos problemas de saúde pública

(OE, 2002a). Uma das medidas propostas foi o estabelecimento de programas e serviços de enfermagem comunitária e de enfermagem obstétrica centrados na família, incluindo o desenvolvimento do papel do enfermeiro de família.

Schober & Affara (2001) referem que ICN também está sensível à importância dos sistemas de saúde se sustentarem numa enfermagem focalizada na família e no desenvolvimento de programas que incluem o enfermeiro de família. Todavia, alertam para a necessidade de políticas de regulação das práticas, que deverão permitir a adaptação às prioridades de saúde de cada país, das suas necessidades e do que é considerado como prática aceitável. Existindo uma grande diversidade de papéis e contextos nos quais os enfermeiros prestam cuidados, a definição de competências, segundo os mesmos autores, integra os princípios fundamentais da prática de cuidados à família e depende de vários fatores macrossistémicos, como: sistemas de saúde, padrões demográficos, determinantes de saúde a nível social, político, cultural, económico, biológico e recursos da comunidade.

Algumas experiências de vários países do mundo são descritas por Schober & Affara (2001), apresentando-se contextualizadas e adaptadas à realidade social de cada país. Nos EUA, os enfermeiros ampliaram o seu foco, incluindo a família como cliente dos cuidados e desenvolvendo, significativamente, os cuidados domiciliários. Na Europa são descritas experiências de cuidados na Espanha, Inglaterra, Eslovénia, Moldávia e Dinamarca, que se caracterizam por uma abordagem orientada para a família e centrada no seu ciclo vital, enfatizando os cuidados de proximidade, desenvolvidos nos locais onde as famílias vivem. No continente asiático, é relatada a experiência do Japão, onde foram estabelecidas parcerias entre as autarquias e os enfermeiros de família, que responsabilizaram os últimos pela gestão dos recursos, apresentando-se como mediadores da família e comunidade.

Em Portugal, a subscrição da Declaração de Munique, foi determinante para que o enfermeiro de família fizesse parte do léxico da generalidade dos enfermeiros portugueses. A OE assumiu um papel de liderança, tendo o seu momento marcante com a organização, em 2002, da conferência nacional *A Cada Família o seu Enfermeiro*, que teve como principal objetivo a partilha de experiências de cuidados cimentados no modelo de enfermeiro de família.

Ao longo da conferência, foram discutidos cerca de 37 projetos que abordavam os cuidados às famílias, centrando-se essencialmente em famílias em situações de crise decorrentes da dependência de um dos membros ou de doença crónica. Nas conclusões da conferência foi salientado o aparecimento de uma nova cultura organizacional, que emergiu a partir da reorganização do trabalho do enfermeiro de família, permitindo "a maior eficácia das ações de planeamento e controlo dos problemas de saúde (...) e o

desenvolvimento de competências favorecedoras da tomada de decisão" (OE, 2002a, p.164).

Concomitante aos esforços da OE está o contributo decisivo do Ministério da Saúde, com especial ênfase na reorganização dos CSP, nomeadamente a criação das USF que efetivaram, em muitas zonas do país, a implementação do enfermeiro de família como modelo organizativo de prestação de cuidados de enfermagem.

Contudo, Barbieri (2011) menciona que esta relação causal entre a organização do trabalho dos enfermeiros dos CSP e a conceção de enfermagem de família têm lançado discórdia no seio da comunidade de enfermagem sobre qual o verdadeiro significado de enfermeiro de família.

No documento da Saúde 21, a OMS defende que o uso de uma abordagem sob o modelo de enfermeiro de família requer competências clínicas avançadas, estando salvaguardado na meta 18 da Saúde 21 que "no ano 2010, todos os estados membros, deverão ter garantido que os profissionais de saúde (...) adquiram conhecimentos adequados, atitudes e capacidades para proteger e promover a saúde" (OE, 2002a, p.198), sendo que a formação e a atuação do enfermeiro de família faz-se sob o enquadramento da saúde pública e dos CSP.

Neste sentido, em 2010, a OE cria o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, designando-o como um profissional integrado numa equipa multidisciplinar de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias em todos os seus processos de vida e nos vários contextos da comunidade (OE, 2010). Tal situação veio lançar novamente o debate sobre qual o contexto em que a enfermagem de família tem lugar. Barbieri refere que "é fundamental não ignorar os princípios filosóficos da enfermagem de família não se esgotam nos cuidados de comunidade pois quando a doença requer hospitalização, os cuidados centrados na família são um imperativo ético" (2011, p.47).

Para além disso, a mesma autora defende que, ao limitar a atuação do enfermeiro de família à comunidade, está a excluir-se a possibilidade a um número elevadíssimo de enfermeiros, que exercem funções em âmbito hospitalar, de adquirirem as competências enunciadas por essa especialidade: "a) Cuida da família como unidade de cuidados; b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária" (OE, 2010, p.2).

Observa-se, assim, que esta figura tem levantado muitas questões quanto sua à operacionalização e, na altura em que se aguardava a decisão do Ministério da Saúde quanto à proposta legislativa que criava a figura do Enfermeiro de Família em Portugal, Manuel Brás, enfermeiro coordenador do grupo de trabalho para a preparação da

legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família, afirma que "não existem enfermeiros de família em Portugal. Há muitas instituições que atribuem essa denominação aos enfermeiros que exercem em Unidades de Saúde Familiares e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (...), mas ainda não há enfermeiros de família" (OE, 2013, p.3), o que levantou a seguinte questão: afinal qual o conceito de enfermeiro de família utilizado nos CSP?

Para conseguir responder a esta questão, foi de extrema importância a realização, no âmbito da Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º Semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel, de um trabalho de análise conceitual (Araújo & Barbieri, 2013), pois só com base numa noção clara do que se entende por *Enfermeiro de Família* será possível proceder à operacionalização do seu papel, o que permitirá dissolver dúvidas existentes entre os enfermeiros sobre quem é e quais os papéis desse profissional, refletindo-se, simultaneamente, sobre a afirmação anterior.

2.1 - ANÁLISE DE CONCEITO DE *ENFERMEIRO DE FAMÍLIA*

Os conceitos são descritos como os elementos base da linguagem e permitem estruturar o pensamento, expõem o conhecimento científico e constituem uma linguagem comum do saber científico universal. Ao transmitir os pensamentos, as ideias e as noções abstratas que formam as construções teóricas da prática, os conceitos assumem um papel importante no pensar e fazer enfermagem.

Segundo Meleis (2007), o grau de progresso e evolução na área de enfermagem pode ser avaliado através da capacidade que os seus membros têm de descobrir ou desenvolver conceitos. Contudo, muitos dos termos pertinentes à saúde têm alto grau de abstração, são complexos, têm várias dimensões e, para complicar, não são estáticos, encontram-se continuamente a incorporar novos conhecimentos, experiências, perceções e dados (Fernandes *et al*, 2011).

De acordo com Bastos (2009b), o desenvolvimento concetual é uma das questões mais difíceis de investigar e consiste num processo contínuo onde podem ser aplicadas diferentes estratégias. Como principais apresentam-se a exploração concetual, necessária quando o termo é usado, mas ainda não faz parte do léxico de enfermagem; a clarificação concetual que permite refinar o conceito utilizado em enfermagem, mas sem a aceitação generalizada das suas propriedades e sentido; e a análise concetual, quando o conceito já foi introduzido na literatura, foi definido e clarificado, mas existe a necessidade de mais estudos para que se alcance um outro estágio de desenvolvimento (Meleis, 2007; Fernandes *et al*, 2011).

Na disciplina de enfermagem, os conceitos têm origem em diversas fontes, sendo que muitos provêm de outras disciplinas, nomeadamente das sociais, e outros têm origem da prática dos cuidados e da investigação (Wills & McEwen, 2009). Esta variedade de fontes faz com que surjam conceitos que necessitam de esclarecimento e clarificação, de forma a refinar-se assuntos ou temas utilizados em enfermagem que não possuem um acordo claro, partilhado e consciente acerca das suas propriedades ou significados (Gonçalves *et al*, 2008).

Esta clarificação pode ser realizada recorrendo-se à análise de conceito, que de acordo com Wills & McEwen (2009), consiste num processo rigoroso cuja finalidade é o esclarecimento, o reconhecimento e a definição dos conceitos, de forma a utilizá-los em pesquisas que permitam o desenvolvimento quer das teorias quer das práticas.

São inúmeras as metodologias utilizadas para a análise de conceito, existindo a Metodologia Walker & Avant (1983, 2005), a Metodologia Evolutiva de Rogers (1993), a Metodologia Híbrida de Swartz-Barcott e Kim (1993, 2000), a Metodologia Contemporânea de Morse (2000) e a Metodologia Integrada de Meleis (2007, 2012), tendo todas como finalidade delinear atributos ou características do fenómeno estudado, permitindo mantê-lo atualizado, visto que os conceitos se vão continuamente modificando (Barbieri, 2013).

Atualmente, a metodologia mais comumente vista na literatura de enfermagem é a metodologia de Walker & Avant. Denominada, também, de tradicional, foi apresentada pela primeira vez como processo de análise de conceito para enfermeiros, em 1983 e a sua construção adapta-se do método de Wilson (Fernandes *et al*, 2011). Analisar um conceito, de acordo com este método, tem por objetivo clarificar as suas relações com a prática da enfermagem, com o intuito de se esclarecer os significados dos termos e defini-los para que autores e leitores compartilhem uma linguagem comum.

Apresenta-se como um método claro, simples e de fácil aplicação e está descrito em oito etapas, apresentadas no Quadro 8, que serão descritas sequencialmente, apesar de algumas ocorrerem de forma simultânea.

Uma vez que se pretendeu analisar o conceito *Enfermeiro de Família* utilizado no contexto dos CSP portugueses, efetuou-se uma pesquisa exaustiva, entre os meses de abril e maio de 2013, em diversificados tipos de documentos nacionais (como revistas científicas portuguesas na área da enfermagem e da saúde pública, legislação, documentos produzidos pela OE, documentos do Grupo Missão para os CSP em Portugal, teses de mestrado e doutoramento, livros, atas de simpósios), publicados a partir de 2000, ano em que se realizou a Conferência Europeia de Munique que impulsionou a introdução deste conceito na comunidade de enfermagem portuguesa, até ao final de 2012.

Quadro 8 - Descrição das etapas da Metodologia de Walker e Avant

Etapa	Descrição
Seleção do Conceito	Selecionar o conceito que será alvo da análise. Deve refletir uma área de interesse, necessitando, por isso, de estar ligada à área de experiência profissional dos investigadores.
Determinação dos Objetivos da Análise	Definir os objetivos que permitirão atingir a finalidade da análise de conceito.
Identificação dos Usos do Conceito	Proceder a uma pesquisa literária para se ter uma ideia de como o conceito em questão está a ser utilizado ou aplicado. Durante esse procedimento, devem considerar-se os usos implícitos e explícitos do conceito, sendo aconselhável que se extrapole a literatura médica e de enfermagem, a fim de evitar vieses na compreensão da sua natureza e limitação na utilidade dos resultados da análise
Determinação de Atributos Críticos ou Essenciais	Identificação de palavras e/ou expressões que demonstram a essência do conceito; Representa o passo fundamental na análise do conceito, sendo que estes atributos constituem características que o definem. A identificação dos atributos do conceito na literatura é realizada através da técnica de análise de conteúdo.
Construção do Caso Modelo	Elaboração de um exemplo do uso do conceito e que inclua os atributos essenciais identificados.
Construção de casos adicionais	Elaboração de casos que servem para auxiliar na decisão de quais os atributos essenciais que realmente são apropriados para o conceito em questão. Como casos adicionais tem-se o limítrofe, o relacionado, o contrário, o inventado e o ilegítimo.
Identificação de Antecedentes e Consequentes	Identificação de incidentes ou eventos que acontecem <i>a priori</i> e <i>a posteriori</i> da ocorrência do conceito. Deve ter-se sempre presente o critério de exclusividade, ou seja, algo não pode ser, concomitantemente, um atributo, um antecedente ou consequente
Definição de Referentes Empíricos	Identificação de categorias ou classes de fenômenos, direta ou indiretamente observáveis que, quando presentes, demonstram a ocorrência do conceito, possibilitando, assim, sua definição operacional. Em muitos casos, os atributos são idênticos às referências empíricas.

Fonte: Criado a partir de Fernandes, Nóbrega, Macêdo-Costa. (2011). Análise conceitual: considerações metodológicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64(6), p.1151-1155 e Meleis. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 65-73

Esta pesquisa foi realizada recorrendo-se quer às bases de dados informáticas das próprias revistas, da OE, do Ministério da Saúde e do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, quer através da pesquisa manual quando as revistas não eram de acesso livre através das bases de dados. Utilizaram-se como descritores as expressões "enfermeiro de família" ou "enfermagem de família" ou "enfermeiros" e "famílias", sendo que o local de pesquisa foi restrito ao título, de forma a simplificar a pesquisa manual. Foram formulados critérios de inclusão e exclusão para facilitar a sua seleção dos documentos, os quais se encontram descritos no Quadro 9.

Quadro 9 - Identificação dos Critérios de Inclusão e de Exclusão aplicados na seleção dos documentos que foram utilizados para a análise do conceito *Enfermeiro de Família*

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos que explorem o conceito "enfermeiro de família"; • Documentos que abordem as intervenções do "enfermeiro de família"; • Documentos cujo contexto de cuidados são CSP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos que evidenciavam o papel do enfermeiro junto da família para a aquisição de competências para o cuidado dos seus familiares em situação de dependência. • Documentos que se referiam ao conceito "enfermeiro de família" mas que não o exploravam ou descreviam.

Fonte: Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). *Análise de Conceito de "Enfermeiro de Família", segundo a Metodologia de Walker e Avant: trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem no ano letivo 2012/2013*. Documento não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, (p. 7)

Face aos critérios designados, e após leitura dos resumos e/ou do texto integral dos diversificados documentos, foram selecionados para a análise os identificados no Quadro 10.

Através da sua análise, verifica-se que ocorreu um aumento da produção de literatura científica a partir do ano de 2009, o que poderá estar relacionado com a evolução da reforma dos CSP e consequente aumento do número de aberturas das USF, consideradas como as peça centrais da reforma e cuja criação impulsionou a conceção da figura do *Enfermeiro de Família*.

Ao longo da pesquisa da literatura verificou-se que o conceito de *Enfermeiro de Família* é um conceito recente e de uso exclusivo da disciplina de Enfermagem.

A primeira concetualização de *Enfermeiro de Família* surge em 1998, através do Programa Operacional Saúde XXI, encontrando-se associada à descrição do papel do *Enfermeiro de Saúde Familiar* (OE, 2002a).

Quadro 10 - Resumo dos Documentos selecionados para a Análise do Conceito
Enfermeiro de Família

Ano de Publicação	Nome do Documento	Tipo de Documento
2001	"Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários"	Artigo de Enfermagem da Revista Portuguesa de Saúde Pública
2002	"A cada Família o seu Enfermeiro"	Caderno da Ordem dos Enfermeiros
2008	"Reunião sobre o Enfermeiro de Família"	Documento do Grupo Missão para os Cuidados de Saúde Primários
2009	"Da Investigação à Prática da Enfermagem de Família"	E-book do I Simpósio Internacional de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto
2009	"Enfermeiros e Famílias: abordagem sobre a enfermagem de família e o enfermeiro (da saúde) da família"	Artigo da Revista Sinais Vitais
2009	"Enfermagem de Família: um contexto de cuidar"	Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem
2009	"Enfermagem com Famílias: perspetiva dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira"	Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem
2010	"Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Família"	Documento da Ordem dos Enfermeiros
2011	"Regulamento os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar"	Documento da Ordem dos Enfermeiros
2010	"Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família"	E-book do II Simpósio Internacional de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto
2012	"Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: impacto no desempenho profissional do Enfermeiro"	Dissertação de Doutoramento em Enfermagem
2012	"Transferibilidade de Conhecimento em Enfermagem de Família"	E-book do III Simpósio Internacional de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto
2012	"Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos Cuidados de Saúde Primários: pressupostos para a sua implementação"	Documento do Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários

Fonte: Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). *Análise de Conceito de "Enfermeiro de Família", segundo a Metodologia de Walker e Avant: trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem no ano letivo 2012/2013*. Documento não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, (p. 7)

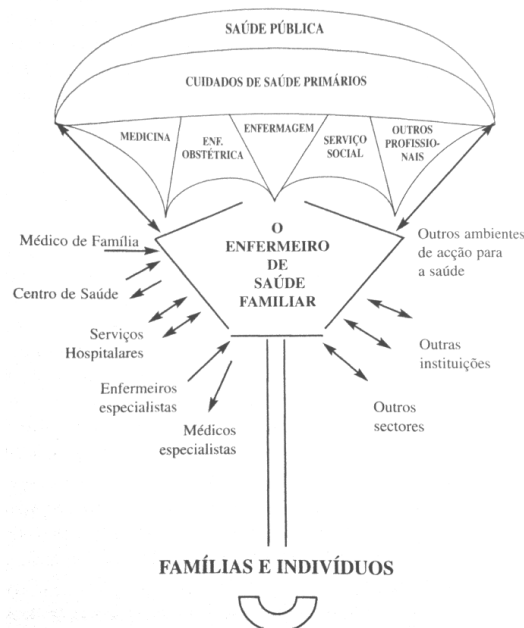
Segundo a OMS, o papel e as funções deste profissional contém elementos que fazem parte do papel de diversos tipos de enfermeiros comunitários que atuam em CSP em toda a região da Europa.

Tal situação pode conduzir a alguma confusão entre a compreensão das funções do enfermeiro de saúde comunitária e do enfermeiro de saúde familiar. A diferença encontra-se, particularmente, no objetivo final e nas prioridades estabelecidas nas suas intervenções. Muito embora ambas intervenham no indivíduo, na família e na comunidade, o enfermeiro de saúde comunitária identifica problemas e propõe intervenções para as populações com o objetivo final de manter e/ou melhorar a saúde de uma comunidade, mesmo que para tal necessite, posteriormente, de atender às famílias. Por outro lado, para o enfermeiro de família a prioridade encontra-se nos problemas identificados como específicos naquela família e só depois se centrará nos problemas de saúde comunitários comuns à mesma. Verifica-se, então, que neste modelo de cuidados do Enfermeiro de Saúde Familiar da Saúde 21, destaca-se a ênfase nas famílias e na importância atribuída ao domicílio como contexto de cuidados, e preconiza-se que os "membros da família devem, em conjunto, assumir os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de "família saudável" (OE, 2002a, p.189).

Assim, o Enfermeiro de Saúde Familiar da Saúde 21 desenvolve as suas ações, aos indivíduos e famílias, ao longo de todo o contínuo de cuidados desde o nascimento até à morte, incluindo atividades de promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida. É identificado como sendo um agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente, quer em situações de crise quer em questões de saúde, fomentando, através de um trabalho em parceria, a identificação de recursos e potenciais que permitam ao indivíduo e famílias encontrar as suas próprias soluções. Além disso, apresenta-se como um profissional com conhecimento das questões sociais, institucionais e de saúde pública, capacitado para diagnosticar os efeitos socioeconómicos sobre a saúde da família, orientando-a, quando necessário, para instituições adequadas. Neste sentido, desenvolve, ainda, um papel de ligação entre as famílias e o médico de família, substituindo-o quando as necessidades identificadas reclamam expressamente cuidados de enfermagem (OE, 2002a).

A situação e o papel do Enfermeiro de Saúde Familiar da Saúde 21 podem ser representados segundo o esquema representado na Figura 8.

Figura 8 - O Enfermeiro de Saúde Familiar, a Saúde Pública e os Cuidados de Saúde Primários



Fonte: O Enfermeiro de Saúde Familiar sob o "chapéu" da saúde pública e dos CSP, adaptado da 2ª Conferência da OMS para a Enfermagem e Enfermagem Obstétrica. Munique, Alemanha, 15 - 17 de Junho de 2000. (Ordem dos Enfermeiros, 2002a, p.190).

Em 2002, o ICN elaborou um documento orientador, no âmbito das comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, com o título *Nurses always there for you: Caring for families*, onde refere que a enfermagem tem vindo a mudar o seu foco de cuidados, que deixa de se centrar, unicamente, nas necessidades individuais e passa a incluir as que emergem da família enquanto recetora de cuidados (Queirós, 2009).

Queirós (2009) refere que nesse documento, a família é visualizada como um sistema, que se altera e desenvolve ao longo do tempo e que se encontra inserido em determinado contexto ou ambiente. Os diversificados contextos possuem diversos elementos que poderão ter impacto negativo ou positivo nesse sistema, fortalecendo ou ameaçando a sua existência e integridade. Assim, o principal objetivo das atividades do Enfermeiro de Família são a manutenção, e, se possível, com o passar do tempo, o aumento do equilíbrio da família e, consequentemente, da sua saúde familiar, ajudando-a a evitar ou a saber lidar com fatores causadores de stresse e/ou ameaças de saúde.

O ICN (2002) considera que uma prática clínica do enfermeiro de família proporciona:

- Uma visão global e total dos cuidados, situando dentro da unidade familiar a pessoa que procura ajuda ou cuidados, considerando toda a família como centro de atenção desses cuidados;

- O reconhecimento de que a estrutura, os pontos fortes, os pontos débeis e a dinâmica da família podem fazer com que aumente ou diminua o potencial ótimo de saúde ou o cuidado ótimo da doença, logo, com influência na avaliação e na intervenção na família;
- A estimulação para uma participação significativa dos membros da família na avaliação, adoção de decisões , na planificação e nos cuidados;
- A mobilização de um conjunto de recursos e serviços que compreende a avaliação, a formação e a assistência, onde se inclui igualmente a mobilização dos recursos de outros profissionais e prestadores de cuidados nos setores da saúde e da comunidade.

Assim, ao longo do documento, o ICN reforça a necessidade de um processo de parceria de cuidados, no qual as famílias são ativamente envolvidas nos seus cuidados de saúde, tornando-se consumidoras bem informadas que assumem um maior controlo sobre esses. No entanto, também refere que este envolvimento das famílias é variável, dependendo da situação e do problema de saúde adjacentes.

Ao longo do documento, são então explorados os diversos papéis dos enfermeiros no seu trabalho com as famílias, estando esses dependentes quer das necessidades da família quer do contexto de cuidados onde se desenvolvem. São identificados como *The Nine-star Family Nurse: multi-skilled with diverse role* e incluem os papéis de Educador para a saúde, Fornecedor de cuidados e Supervisor, Defensor da família, Identificador de casos e Epidemiologista, Investigador, Gestor e Coordenador, Conselheiro, Consultor e Modificador de ambiente e que se encontram descritos no Quadro 11.

Os diversos papéis dos enfermeiros no seu trabalho com as famílias dependem das necessidades da família e dos contextos de cuidados, que podem incluir, o domicílio, as instituições de saúde e as instituições de abrigo ou ruas. As suas permitem a identificação de riscos para a saúde, a identificação de problemas ou necessidades, a orientação da ação para as mais diversificadas situações, podendo fazê-lo sozinho ou em parceria com as famílias, outros profissionais de saúde ou grupos da comunidade.

Perante esta exposição, verifica-se que a principal diferença existente entre as duas conceitualizações de *Enfermeiro de Família* se situa no contexto onde esse exerce as suas funções. Enquanto a OMS apresenta o *Enfermeiro de Saúde Familiar* como a figura central dos CSP, o ICN inclui-o num maior leque de contextos, defendendo que tanto um enfermeiro a exercer funções no domínio dos cuidados de saúde primário, como um profissional em contexto de cuidados hospitalares/diferenciados deverá, em muitas circunstâncias de cuidados, privilegiar as intervenções de enfermagem de família.

Quadro 11 - Os Nove Papéis do Enfermeiro de Família estabelecidos pelo ICN

Papel	Descrição
Educador para a Saúde	Ensina a família, de modo formal e informal, sobre a saúde e a doença e age como principal fornecedor de informação.
Fornecedor de Cuidados e Supervisor	Providencia cuidados diretos e supervisiona cuidados providos por outros.
Defensor da Família	Trabalha para apoiar as famílias e fala por elas nos assuntos relacionados com a segurança e acessibilidade aos serviços.
Identificador de casos e Epidemiologista	Faz rastreios de doenças e tem um papel chave na vigilância e controlo da doença.
Investigador	Identifica problemas práticos e procurando respostas e soluções através de investigação tanto individualmente como em colaboração.
Gestor e Coordenador	Gere, colabora e liga-se aos membros da família, aos serviços de saúde e sociais e outros que promovam o acesso aos cuidados.
Conselheiro	Tem um papel terapêutico na adaptação aos problemas e na identificação das causas.
Consultor	Serve como consultor às famílias e agências para identificar e facilitar o acesso aos recursos.
Modificador de Ambiente	Trabalha para modificar, por exemplo, o ambiente domiciliário, para que uma pessoa incapacitada aumente a sua mobilidade e se envolva no auto cuidado.

Fonte: Criado a partir de International Council of Nurses. (2002). *Nurses always there for you: Caring for families*. Genebra: International Council of Nurses (p.10)

Após a leitura dos artigos selecionados e identificada a utilização do uso do conceito, foram definidos os atributos críticos, ou seja, as suas características definidoras. Observou-se que muitos autores utilizavam sinónimos para descrever uma mesma característica inerente ao *Enfermeiro de Família*, pelo que foram definidos sete atributos críticos que se encontram definidos no Quadro 12.

No trabalho original foram construídos os casos modelo e adicionais, que auxiliaram na decisão de quais as características realmente apropriadas para o conceito em questão, bem como quais os seus antecedentes e consequentes.

No Quadros 13, encontram-se identificados e definidos os antecedentes e consequentes delineados para o conceito em análise.

Quadro 12 - Identificação e definição dos Atributos Críticos do Conceito

Atributo Crítico	Definição
Elemento inserido numa Equipa Multidisciplinar	a sua prática é de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários. Devido ao seu papel multifacetado e de proximidade com as famílias, possui um lugar privilegiado no <i>interface</i> entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados
Prestação de Cuidados ao longo do Ciclo Vital dos Indivíduos e Famílias	apresenta-se como entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados que vão desde a conceção até à morte. As suas atividades no âmbito dos CSP, englobam as áreas de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Reprodutiva, Saúde do Adulto, com especial atenção à vigilância de doenças crónicas, e Saúde do Idoso. Para isso, realiza consultas de enfermagem específicas, que podem decorrer quer na unidade de saúde quer em ambiente domiciliário
Agente Promotor da Saúde e Prevenção da Doença	as práticas centram-se em ações de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação, manutenção, restabelecimento da saúde dos indivíduos e famílias. Surge como elemento fundamental na mediação de situações de transição familiar, conjugando competências de planeamento em saúde com ações que visam essencialmente a proteção e promoção da saúde, ajudando a família a solucionar situações reais ou potenciais de crise
Gestor de Cuidados	é uma referência para a família relativamente à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados. É o responsável pela prestação de cuidados de enfermagem, a um grupo definido de famílias nos vários contextos da comunidade, sendo o planeamento de cuidados realizado mediante a identificação das necessidades, dos indivíduos e famílias, e mobilizados os recursos (internos e externos) necessários, considerando-se quer as expectativas dos utentes/famílias, quer a adequação e rentabilização dos meios.
Foco dos Cuidados: Família como Unidade	os cuidados de enfermagem reconhecem a família como uma unidade de transformação, promovendo e facilitando a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital das mesmas. Preconiza-se, assim, uma abordagem sistémica da família, da saúde e da doença, onde a família surge como um todo maior do que a soma dos seus membros, ou seja, deve reconhecer-se que a unidade familiar é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde e que a família é um fator significativo na saúde e bem-estar dos seus membros.
Estilo Colaborativo na Prestação dos Cuidados	a filosofia de cuidados colaborativos visa apoiar a família na identificação das necessidades reais e sentidas e englobá-la no planeamento e execução das intervenções que visam o equilíbrio familiar. Preconiza-se o estabelecimento de uma relação de estilo colaborativo que respeite as forças das famílias e lhes dê apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados. Esta parceria deve realizar-se presencialmente, de forma competente, congruente e empática, na partilha de sentimentos e experiências.
Estabelecimento de Relação Potenciadora das Forças da Família	esta relação visa possibilitar a autonomia dos indivíduos e famílias, através de reforços que sublinham os seus recursos, as suas forças e as suas competências. A relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente/família é única e permite a prestação de cuidados globais, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade, assentes numa relação de ajuda de maior confiança que cria sentimentos de “segurança”, “estabilidade”, “suporte/apoio” por parte das famílias.

Fonte: Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). *Análise de Conceito de "Enfermeiro de Família", segundo a Metodologia de Walker e Avant: trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem no ano letivo 2012/2013*. Documento não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, (p. 10/11)

Quadro 13 - Identificação e definição dos antecedentes e consequentes do conceito
"Enfermeiro de Família"

Antecedentes	
Formação	A competência dos enfermeiros para o trabalho com as famílias, exige uma familiarização dos enfermeiros com um corpo de conhecimentos que envolve a dinâmica de família, a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, intervenção e investigação na família. Sendo assim, é imprescindível a presença de uma formação académica e/ou contínua em enfermagem de saúde familiar para a construção e consolidação do modelo de intervenção familiar.
Organização Funcional e Estrutural dos Centros de Saúde	Este antecedente reforça a importância da Reforma dos CSP para a mudança do foco dos cuidados de Enfermagem para a família. Assim, cada enfermeiro é responsável por um número limitado de famílias, sendo de extrema importância que os rácios Enfermeiro/Famílias sejam adequados, encontrando-se definidos no DL nº 298/2007. Para além disto, é necessário a existência de Modelos de avaliação e intervenção, suficientemente flexíveis e ajustáveis aos contextos de saúde e sociais das famílias, para a orientação das práticas junto dessas, sendo que a OE, em 2011, adota o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, de Figueiredo (2009), como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar.
Políticas de saúde que efetivem a Cultura do Enfermeiro de Família	São necessários processos de tomada de decisão política em relação à efetivação desta figura, como o profissional de saúde com a visão integradora necessária para a liderança dos Cuidados de Saúde Primário. Em agosto de 2014, é legislada, pelo DL 118/2014, a figura do Enfermeiro de Família, observando-se que as decisões políticas centrais vão ao encontro da merecida conquista desta figura pelo Sistema Nacional de Saúde.
Sistemas de Documentação de Cuidados	É necessário desenvolver bases de informação que permitam aos enfermeiros melhorar o planeamento e a utilização dos recursos existentes, explorando e rentabilizando potencialidades. A existência de práticas clínicas suportadas por sistemas de informação garante não só o registo e monitorização, mas também reflete resultados, em termos de <i>outputs</i> e <i>outcomes</i> , sensíveis aos cuidados de enfermagem.
Consequentes	
Qualidade nos Cuidados	Os cuidados prestados caracterizados por um trabalho contínuo, coordenado e integrado, onde predomina a efetividade, proximidade e acessibilidade.
Empoderamento Familiar	Capacidade de produzir nas famílias a tomada de decisão, permitindo-lhe tomar opções de vida, de forma livre, autónoma, consciente e responsável.
Coping Familiar	Comportamento das famílias para a mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar, dando resposta aos fatores de stress intra ou extrafamiliares.
Saúde Familiar	Corresponde a um estado dinâmico de bem-estar, ligado à eficácia da adaptação das famílias face às mudanças decorrentes do ciclo de vida, do ambiente ou associadas a um problema de saúde físico ou mental. Está associada à capacidade da família em desenvolver as suas funções, apresentando uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros.
Sociedade Saudável	A família como foco dos cuidados de enfermagem, deve ser entendida como uma unidade básica da sociedade. As suas alterações, aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, refletem-se em fragilidades e potencialidades que determinam quer a saúde quer dos seus membros, quer da sociedade onde se insere.

Fonte: Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). *Análise de Conceito de "Enfermeiro de Família", segundo a Metodologia de Walker e Avant: trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem no ano letivo 2012/2013*. Documento não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, (p. 15/16)

A identificação e definição dos referenciais empíricos é a etapa final deste processo. No Quadro 14, encontram-se explicitados os referenciais empíricos identificados, bem como a sua definição e a dimensão do conceito que eles representam.

Quadro 14 - Identificação e definição dos referenciais empíricos do conceito *Enfermeiro de Família*

Referencial Empírico	Definição	Dimensões do Conceito
Ecomapa	É um instrumento que auxilia a avaliação estrutural da família, através da representação gráfica das relações da família com pessoas significativas e instituições do contexto da familiar.	Foco dos Cuidados: Família como Unidade; Gestor de Cuidados
Genograma	É um instrumento que auxilia a avaliação estrutural da família, através de um diagrama em árvore que agrega informações sobre os membros da família e suas relações nas três últimas gerações.	Foco dos Cuidados: Família como Unidade; Gestor de Cuidados
Questionário "Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias"	É um instrumento que permite avaliar a importância que os Enfermeiros atribuem à Enfermagem de Família e à sua aplicabilidade na prática diária.	Foco dos Cuidados: Família como Unidade; Agente promotor da saúde e prevenção da doença; Estilo colaborativo na prestação dos cuidados;
Escala "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros"	É um instrumento que permite avaliar as atitudes dos enfermeiros para promover envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.	Foco dos Cuidados: Família como Unidade; Estabelecimento de relação Potenciadora das Forças da Família; Estilo colaborativo na prestação dos cuidados.

Fonte: Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). *Análise de Conceito de "Enfermeiro de Família", segundo a Metodologia de Walker e Avant: trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem no ano letivo 2012/2013*. Documento não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, (p. 16)

Após a análise do conceito *Enfermeiro de Família*, à luz dos pressupostos metodológicos de Walker & Avant, ficou claro que os conceitos são dinâmicos e suscetíveis de diversos desígnios, sendo moldáveis ao surgimento de novos domínios e preocupações. Neste sentido, como resultado da análise efetuada, foi possível elaborar um conceito de *Enfermeiro de Família* no âmbito dos CSP, passível de ser operacionalizado.

Assim, o *Enfermeiro de Família* é um profissional de saúde que se encontra integrado numa equipa multidisciplinar e que, devido à sua atuação de proximidade com

os indivíduos e suas famílias, possui um lugar privilegiado no *interface* entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados. Assim, é corresponsável pela prestação de cuidados globais a um grupo limitado de famílias, num *continuum* que vai desde o nascimento até à morte, nas mais diversas situações de crise e em todos os processos de transição saúde-doença. Neste sentido, a sua prestação de cuidados reconhece a família como uma unidade de transformação, preconizando-se, assim, uma abordagem sistémica da família que a ajude a crescer nas suas competências, de forma a responder aos problemas de saúde atuais ou potenciais e a cumprir a suas funções de um modo mais saudável. Para isso, as suas ações combinam a promoção da saúde e prevenção da doença, através de atividades de educação, manutenção, restabelecimento da saúde, visando sempre o reforço dos recursos, das forças e as competências da família. Para isso, é importante estabelecer uma relação colaborativa de proximidade e integralidade com os indivíduos e famílias, englobando-os no planeamento e execução das intervenções que visam o equilíbrio familiar. Assume-se, assim, como um profissional de referência para a família, relativamente à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados, pois é melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde dos indivíduos/famílias e para mobilizar recursos, internos e externos, adequando e rentabilizando os meios.

Analisando esta definição, encontram-se características semelhantes às definidas pela OMS para o *Enfermeiro de Saúde Familiar*, o que permite concluir, que na literatura científica portuguesa estes dois conceitos são utilizados como sinónimos.

Esta análise, permitiu aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno que foi alvo de exploração no percurso desta investigação e, ainda, clarificar algumas das dúvidas, partilhadas no seio da comunidade de enfermagem portuguesa, no que concerne à figura do Enfermeiro de Família.

A principal limitação identificada relacionou-se com a dificuldade na pesquisa e aquisição de literatura científica portuguesa, quer pela inexistência de bases de dados, quer pela difícil obtenção da maioria das revistas de enfermagem portuguesas, havendo plena consciência que poderão ter ficado excluídos documentos pertinentes.

Para concluir, é importante reforçar que existem termos que fazem parte do léxico habitual da profissão e que só quando questionados, é que se compreende que há diferenças no sentido que lhe é atribuído por diferentes pessoas e contextos, como se pode observar com o conceito de *Enfermeiro de Família*. Torna-se fundamental, por isso, que o desenvolvimento concetual seja contínuo até porque, ao longo do tempo, há reformulações necessárias que geralmente advêm de novos conhecimentos provenientes da investigação e de práticas.

3 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O CONTEXTO PARA A ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS

Pelo que foi explanado ao longo dos capítulos anteriores, facilmente se depreende que o contexto que melhor se enquadra para a formação e atuação do Enfermeiro de Família, são os CSP. Esta situação encontra-se estabelecida na meta 15 da Saúde 21, que delibera que "no ano 2010, as pessoas na região deverão ter um muito melhor acesso a cuidados de saúde familiares e orientados para os cuidados de saúde primários, suportados por um sistema hospitalar flexível e satisfatório" (OE, 2002a, p.189).

Neste capítulo, será abordado, resumidamente, o percurso histórico dos CSP em Portugal, assim como as principais características da atual organização dos CSP, evidenciando-se as USF.

3.1 - PERCURSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

A Lei de Bases da Saúde Portuguesa (DL nº 48/90), na Base XIII referente aos Níveis de Cuidados de Saúde, reconhece que os CSP são a base de todo o sistema de Saúde e devem situar-se junto das comunidades.

A ênfase nos CSP resultou de um percurso histórico com diferentes desenvolvimentos em vários pontos do mundo, marcado por alguns avanços e retrocessos, e mesmo, por alguma polémica e incongruência. O principal marco histórico, a nível mundial, ocorreu em 1978, com a Conferência Internacional de CSP de Alma-Ata, apadrinhada pela OMS e pela *United Nations Children's Fund*. Neste encontro, em que participaram 134 países, foi assumido o compromisso de adotar os CSP como estratégia para alcançar a *Saúde para Todos no ano 2000*, perfilhada pelos estados membros da OMS, na 30ª Assembleia Mundial da Saúde em 1977.

Este compromisso decorre do facto de a saúde ser percebida como um completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença, passando a ser considerada um direito humano fundamental. Contudo, para se atingir o mais alto nível de saúde é necessário um compromisso político e o desenvolvimento de uma cooperação intersectorial, ficando, após a Conferência de Alma Ata, assumido o compromisso político de se canalizar mais meios técnicos e financeiros para áreas da saúde que facilitem a obtenção deste nível.

No que se refere a Portugal, o espírito de Alma-Ata tem o seu marco histórico na década de 70, com o DL nº 413/71 de 27 de setembro, todavia algumas reformas anteriormente empreendidas concorreram para este grande passo no nosso país.

Nos últimos 60 anos podem identificar-se sete períodos que correspondem às reformas do sistema de Saúde, sendo que a mais recente, denominada por Biscaia (2006) de "a reinvenção dos CSP", iniciou-se em 2005 e ainda se encontra a decorrer. No Quadro 15, encontram-se descritos esses principais marcos históricos no Sistema de Saúde português.

Quadro 15 - Marcos Históricos para as reformas do Sistema de Saúde Português

Datas	Marcos Históricos
1945-1967	<ul style="list-style-type: none"> • O DL nº35 108 de 7 de novembro 1945 surge perante o reconhecimento de que a situação sanitária em Portugal era insatisfatória e de que a iniciativa privada era insuficiente para dar resposta às necessidades. • O Estado reconhece as suas responsabilidades na saúde e passa a assumir um papel na prestação de cuidados.
1968-1974	<ul style="list-style-type: none"> • O DL 413/71 de 27 de setembro reorganiza os serviços do Ministério da Saúde e da Assistência, numa tentativa de atribuir maior ponderação à prevenção da doença e à promoção da saúde. • Emergem os CSP com a criação dos «Centros de Saúde de 1ª Geração».
1974-1984	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidam-se os CSP. • A Saúde passa a ser um direito dos cidadãos. • Em 1979 surge o Serviço Nacional de Saúde • O DL 97/83 de 22 de abril cria os «Centros de Saúde de 2ª Geração» que cobrem todo o país. • Em 1984 é criada a Direção-geral dos CSP.
1985-1994	<ul style="list-style-type: none"> • Dá-se mais atenção à gestão dos serviços como reação às crescentes despesas com a Saúde. • A saúde passa a ser «tendencialmente gratuita».
1995-2002	<ul style="list-style-type: none"> • Surge em 1996 a primeira estratégia da Saúde para Portugal através do documento <i>Saúde em Portugal - uma estratégia para o virar do século 1998-2000</i>.
1998-2002	<ul style="list-style-type: none"> • O DL 157/99 de 10 de maio, cria os «Centros de Saúde de 3ª Geração». • Surgem experiências de novas formas de organizar a prestação de cuidados de saúde – “Projetos Alfa”. • Cria-se o Instituto Nacional da Qualidade em Saúde que visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.
2002-2005	<ul style="list-style-type: none"> • É apresentado o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que enfatiza a intervenção em rede e a implementação de equipas multidisciplinares, com um paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família e no ciclo de vida.
2005-...	<ul style="list-style-type: none"> • Reinventa-se os CSP....

Fonte: Adaptado de Biscaia, André Rosa. (2006). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Reforma do Pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, p. 68.

Para Biscaia *et al*, o supracitado DL 413/71 foi "um marco por ter lançado a reforma que estabelece os fundamentos de um Serviço Nacional de Saúde" (2006, p.43).

Neste já se encontram destacadas a importância e a prioridade, assumidas no artigo 3º do mesmo Decreto, das atividades de promoção da saúde e da prevenção da

doença e da proteção e defesa da instituição Família. Adita, ainda, no Artigo 4º, a necessidade de atender, no exercício das atividades de saúde e assistência à "natureza unitária da pessoa humana e ao respeito pela sua dignidade e integridade moral e à família, como instituição básica do desenvolvimento integral do homem e primeira responsável pelo bem estar dos seus membros" (DL 413/71, p. 1409).

Observa-se, então, um maior privilégio no domínio da promoção e prevenção da doença e uma maior ênfase na família, condição esta que, por sua vez, se encontra em maior conformidade com definição de CSP.

Neste contexto, os CSP foram definidos em 1978, em Alma-Ata como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e técnicas práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceites, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias na comunidade, através da sua plena participação e a um custo comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento num espírito de total autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde. (Alma-Ata, 1978, p.2)

Biscaia *et al* apresentam uma enunciação de CSP muito idêntica a esta, porém, apoiando-se em variados autores, reforça os elementos que considera fundamentais para este tipo de cuidados: "a acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a longitudinalidade, a responsabilização das entidades prestadoras de cuidados, a participação comunitária, o enfoque na comunidade, a aplicação de métodos epidemiológicos aos cuidados clínicos dos doentes e a autorresponsabilização dos cidadãos" (2006, p.23).

Para Sakellarides, os CSP são o tipo de cuidados que "acontecem todos os dias" e em diferentes contextos, que vão desde o Ministério da Saúde aos Centros de Saúde, passando pelos domicílios, ou seja, os CSP surgem "quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angústias, preferências ou necessidades de saúde" (2001, p.101).

Para Branco & Ramos (2001), os Centros de Saúde constituem a infraestrutura organizativa essencial dos CSP, sendo que, também, apresentaram, historicamente,

algumas alterações. Os mesmos autores identificam três linhagens de Centros de Saúde, que se distinguem, não apenas pelas suas características, como também, pelo seu enquadramento histórico-político; os Centros de Saúde de Primeira Geração (DL nº 413/71), Segunda Geração (DL nº 97/83) e Terceira Geração (DL nº 157/99).

Os Centros de Saúde de Primeira Geração foram "para a sua época e contexto, um sucesso notável" (Branco & Ramos, 2001, p.6). A sua conceção teve como preocupação a prevenção e a saúde pública, sendo que para isso integrou múltiplos serviços, até então dispersos, agregando-os de acordo com as suas perspetivas e orientando-os e inserindo-os nas comunidades locais.

Contudo, Branco & Ramos (2001) identificam nesta altura a coexistência separada de dois tipos de práticas, que apesar de serem teoricamente contraditórias, complementavam-se para dar resposta às necessidades e expectativas das populações:

- Uma prática de Saúde Comunitária, realizada nos denominados Postos de Saúde, com objetivos de promoção de saúde e atuação programada por valências ou programas verticais normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos. Destaca-se uma atuação nas áreas de saúde materno-infantil, pré-escolar e escolar; profilaxia das doenças evitáveis; saneamento do ambiente; educação para a saúde e cuidados médicos de base; entre outros.
- Uma prática de cuidados imediatos, nos denominados Serviços Médico-sociais das Caixas de Previdência, de resposta à procura expressa dos doentes, traduzida em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objetivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa.

Entretanto, e face às influências resultantes do processo de democratização social e política do país em 1974, surgem as condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, o surgimento de um efetivo Serviço Nacional de Saúde universal, geral e, tendencialmente, gratuito. Este resultou das diretrizes enunciadas no artigo nº 64 do Capítulo III da Constituição da República de 1976, que declara que todos os indivíduos têm o direito à proteção da saúde, sendo este assegurado por um serviço nacional de saúde, que garante a prestação de cuidados gerais a toda a população, competindo ao Governo a definição e a coordenação global da política de saúde.

A efetivação do Serviço Nacional de Saúde adveio da ocorrência de algumas mudanças que contribuíram para a sua expansão e consolidação. São exemplo, o aumento notório na cobertura da população em serviços de saúde, criação da carreira de clínica geral e familiar e a fusão dos Serviços Médico-sociais das Caixas de Previdência com os Postos de Saúde, dando origem aos apelidados Centros de Saúde Integrados,

em 1983, atualmente denominados de Centros de Saúde de Segunda Geração, dependentes das Administrações Regionais de Saúde, de base distrital através das Sub-regiões de Saúde.

De acordo com Branco & Ramos (2001), este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal da prestação de cuidados de saúde e na otimização de recursos. Todavia, não conseguiu melhorar, com consistência, algumas das virtudes dos centros de saúde anteriores, nomeadamente no que respeita à acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias e à programação com objetivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados.

Assim, estes centros de saúde logo se mostraram desajustados em relação às necessidades de expectativas dos utentes e das comunidades. Por outro lado, este modelo organizativo, normativista e com tutela centralista distantes das Sub-regiões e das Administrações Regionais de Saúde, também contribuiu para a insatisfação, exaustão e desmotivação de muitos dos profissionais de saúde (Branco & Ramos, 2001).

Entre 1996 e 1999, surge a primeira estratégia de saúde, baseada em metas através, do documento *Saúde em Portugal - uma estratégia para o virar do século 1998-2000*. Este documento identificou 27 áreas de ação, que iam da vida ativa ao envelhecimento, da saúde escolar dos jovens à depressão dos mais velhos, incluindo os domínios como acesso aos serviços de saúde, gestão de recursos, medicamentos e cooperação europeia. Para estes domínios foram definidas metas de 5 a 10 anos, com orientações para a sua realização, sendo que as cinco regiões do país estabeleceram estratégias numa base operacional (Sakellarides *et al*, S.d.). Esta nova conceção baseia-se numa cultura de resultados em saúde, transversal a um pensamento estratégico nesta área, ou seja, uma orientação organizada da ação na saúde como meio de antecipar, obter e avaliar resultados (Freitas, 2009).

Nascem então os Centros de Saúde de Terceira Geração, homologados pelo DL nº 157/99 de 10 de Maio, que surgem como "pessoas coletivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira, e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde" (p. 2425), numa tentativa de colmatar as lacunas identificadas e de readaptação à nova visão da saúde.

De apontar que, principalmente por questões de ordem política, a operacionalização destas propostas não foi implementada. Porém, em 2002, com base neste Decreto, a Direção Geral da Saúde lança um documento intitulado *Centros de Saúde de Terceira Geração: Manual para a Mudança*. Este aponta para três aspetos essenciais que conduziram à transformação dos centros de saúde e que são:

1.º Organização interna descentralizada e baseada numa rede de unidades/equipas multiprofissionais, com missões específicas e objetivos comuns;

2.º Hierarquia / direção técnico-científica, até agora inexistente nos centros de saúde, equivalente ao conceito de *clinical governance*;

3.º Descentralização da gestão das atuais sub-regiões distritais para os centros de saúde decidindo, caso a caso, a escala dimensional adequada para otimizar os resultados da gestão, sem induzir custos desnecessários (Direção Geral de Saúde, 2002, p.6)

Neste, entre outros aspetos abordados, destaca-se a sua estrutura organizacional e modelo de funcionamento proposto para os Centros de Saúde, bem como a implementação de mecanismos para a participação da comunidade. Observa-se que as pessoas (profissionais e utentes) são colocadas em primeiro lugar, sendo as missões principais do sistema de gestão descentralizado garantir o desenvolvimento e melhorar o aproveitamento das capacidades e das potencialidades humanas. Aproxima, ainda, a decisão dos principais problemas dos cidadãos, permitindo uma maior informação e participação destes nas escolhas que envolvem a saúde individual e coletiva. Por outro lado, também a maior capacidade de decisão dos profissionais pode traduzir-se numa maior realização e satisfação (Direção Geral de Saúde, 2002).

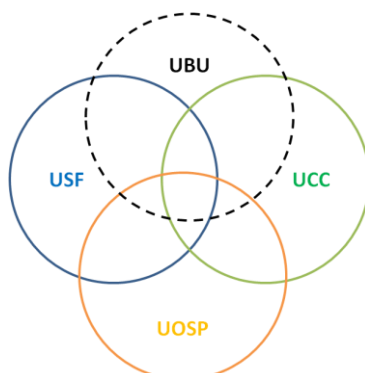
Assume-se, neste manual, que cada Centro de Saúde, ou associação de Centros de Saúde, deverá dispor, obrigatoriamente de USF (em número variável), de uma Unidade Operativa de Saúde Pública (UOSP) e de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A existência de outras unidades funcionais, como as de diagnóstico e tratamento, as de especialidades, as de internamento ou as unidades básicas de urgência (UBU) poderão ser incluídas, de acordo com as necessidades identificadas da população abrangida.

Estas unidades operativas são baseadas em equipas multiprofissionais, o que melhora a interface e cooperação entre os elementos individuais integrados na mesma unidade, mas exige a gestão permanente da interface e intercooperação entre as diversas unidades, em especial as que asseguram a indispensável complementaridade técnica para o cumprimento da missão global do centro de saúde. A Figura 9 demonstra essa vital a intercooperação entre unidades.

Este documento já definia as USF como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde à população que têm "por missão manter e melhorar o estado de saúde das pessoas nela inscritas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de primeira linha, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade,

abrangendo os contextos sociofamiliares dos utentes, incluindo os cuidadores informais" (Direção Geral de Saúde, 2002, p.15).

Figura 9 - Diagrama de intercooperação interna entre unidades do centro de saúde



Fonte: Portugal, Direção Geral da Saúde. (2002). *Centros de Saúde da Terceira Geração- Manual para a Mudança*.(p.14)

Em 2003, sob a égide de um novo governo, acontece, basicamente com os mesmos objetivos, a aprovação de outro diploma, o DL nº 60/2003 de 1 de abril, onde se cria a rede de CSP e explicita a possibilidade de gestão privada de alguns serviços. Além disso, reiniciam-se os trabalhos para uma nova estratégia de saúde, denominada de *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, e que foi ultimada em 2004.

Nova descontinuidade sucede em 2005, com o DL nº 88/2005 de 3 de junho que revoga o DL nº 60/2003 e repristina o DL nº 157/99. A Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005 de 27 de abril cria um grupo técnico para a reforma dos CSP que "assume que a reforma dos cuidados de saúde primários tem como finalidade contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais: melhores cuidados e melhor saúde" (Ministério da Saúde, 2006, p.4). Com este grupo de trabalho surge, em junho de 2005, o documento *Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*, onde apresenta propostas de medidas em oito áreas:

- Reconfiguração e Autonomia dos Centros de Saúde;
- Implementação das Unidades de Saúde Familiar;
- Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública;
- Outras dimensões da Intervenção na Comunidade;
- Implementação de Unidades Locais de Saúde;
- Enquadramento e desenvolvimento dos Recursos Humanos;
- Enquadramento e desenvolvimento dos Sistema de Informação;
- Unidade de missão e estrutura do projeto.

Decorrente deste último tópico nasce, a 12 de outubro, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 22 de setembro, a Unidade de Missão para os CSP com a incumbência de "criar os instrumentos legais e operacionais que permitam a recentragem do sistema de saúde português nos CSP e, ao mesmo tempo, acompanhar o desenvolvimento desta nova metodologia de organização dos cuidados". (Ministério da Saúde, 2006, p. 2).

Esta unidade revisou o documento referido anteriormente, que esteve em apreciação pública e recebeu, até 15 de setembro de 2005, múltiplas contribuições individuais e institucionais. Coube a esta unidade incorporar no texto do Grupo Técnico as contribuições pertinentes e reformular realisticamente o cronograma, adaptando-o. Foi este documento, revisto e adaptado, que passou a constituir o guião para as alterações que serão introduzidas nos CSP (Ministério da Saúde, 2006).

A 16 de fevereiro, pelo Despacho Normativo nº 9/2006 foi fixado o regulamento para lançamento e implementação das USF.

Prossegue-se, então, a nível organizacional e funcional a dinâmica proposta por este Decreto, a qual consiste em unidades operativas baseadas em equipas multiprofissionais que, embora tecnicamente autónomas e com incumbências específicas, se complementam para o cumprimento da missão global do Centro de Saúde, reconhecendo-se as USF "como a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo" (Ministério da Saúde, 2006, p.2).

3.2 A ATUAL ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A Lei de Bases da Saúde Portuguesa (1990) reconhece que os Centros de Saúde são um património cultural, técnico e institucional que importa preservar, mas também modernizar e desenvolver, pois continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população, apresentando-se como "o «coração» do Serviço Nacional de Saúde e a estrutura de alicerçamento de todo o sistema de saúde" (Ministério da Saúde, 2006, p. 8).

A mais recente reforma dos CSP baseou-se na reconfiguração das unidades funcionais, iniciando-se pelas USF, e pela criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)..

De acordo com o Decreto-lei 28/2008, os ACES "são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica" (p.1182).

Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades

funcionais do centro de saúde e do ACES. Destas unidades funcionais constam as USF, as UCSP, as UCC, as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas Administrações Regionais de Saúde. Todavia, o artigo 7 reforça que em cada ACES funciona somente uma USP e uma URAP, mas que em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

O Quadro 17, explicita a área de atuação de cada unidade funcional, bem como os profissionais que as integram.

As primeiras USF iniciaram as suas funções em 2006 e o processo iniciou-se com apenas 10. Atualmente, de acordo com a OE (2013), em maio de 2013 estavam em funções 356 USF, que cobriam cerca de 4.393.567 portugueses.

As USF são a "imagem de marca desta reforma" (Biscaia, 2006, p.67) e são constituídas por equipas multiprofissionais, compostas por médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros e secretários clínicos, que se associam voluntariamente com vista à prestação de cuidados de saúde mais próxima dos cidadãos. Enquanto unidades integradas nos ACES são disciplinadas por legislação específica, sendo apresentado no Quadro seguinte a legislação mais relevante.

Quadro 16 - Identificação da Legislação mais Relevante das USF

Legislação	Objetivo
Despacho Normativo nº 9/2006 de 16 de fevereiro	Regulamentar o Lançamento e a Implementação das USF
Decreto-lei nº 298/2007 de 22 de agosto	Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.
Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro	Consagra os princípios da Carteira Básica de Serviços e a da Carteira Adicional de Serviços das USF
Despacho nº 24 101/2007 de 22 de outubro	Diferencia a organização dos modelos de USF existentes: A, B e C
Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril	Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

Quadro 17 - Características das Unidades Funcionais dos ACES

Unidade Funcional	Características
UCSP	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. • A equipa é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF
UCC	<ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. • O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. • O Despacho n.º 10143/2009 regulamenta da Organização e do Funcionamento das UCC. • A equipa coordenada por um enfermeiro especialista em saúde comunitária, e composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.
USP	<ul style="list-style-type: none"> • Funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde./ • O DL 81/2009 de 2 de abril estabelece o modelo organizacional e técnico para os serviços de saúde pública. • A equipa é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.
URAP	<ul style="list-style-type: none"> • Presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. • A equipa é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais.

Fonte: Adaptado do DL 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República* nº 38/2008 - 1.ª série. Ministério da Saúde: Lisboa (p. 1184)

As USF apresentam-se como a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares e possui autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde. Podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C, sendo que a lista de critérios e a metodologia que as permite classificar encontra-se definida no Despacho nº 24 101/2007.

Têm por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma

personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sociofamiliares dos utentes. Baseiam-se na medicina geral e familiar, disciplina com cerca de 20 anos de tradição no país, e na enfermagem de família, área prática e disciplina emergente que teve um contributo DL 298/2007, ao realizar as suas atividades, as USF devem-se reger pelos seguintes princípios:

- a) **Conciliação**, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade;
- b) **Cooperação**, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) **Solidariedade**, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- d) **Autonomia**, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- e) **Articulação**, que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde;
- f) **Avaliação**, que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;
- g) **Gestão participativa**, a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

A organização e funcionamento da USF devem estar explícitos no seu regulamento interno, que entre outros conteúdos, deve consagrar: a missão, valores e visão da USF; a estrutura orgânica e respetivo funcionamento; as intervenções e áreas de atuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa; o horário de funcionamento e de cobertura assistencial; o sistema de marcação de consultas e de renovação das prescrições; o acolhimento, orientação e comunicação com os utentes; o sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa e a carta da qualidade.

As USF devem também apresentar o seu plano de ação, onde apresentam o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e o qual contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

No atual enquadramento legislativo dos CSP está-se perante um modelo de cuidados direcionado para a proximidade, sendo este efetivado pelas USF. Estas surgem como o contexto ideal para atuar sobre a complexidade da saúde humana que requer

uma abordagem sistémica, integrada e continuada, através de equipas multidisciplinares e intersectoriais que sejam capazes de prestar cuidados centrados na pessoa e família, no seu contexto de vida, numa perspetiva de promoção e proteção da saúde, considerando-os parceiros de cuidados na gestão da doença aguda ou crónica numa lógica de proximidade (Henriques, Garcia & Bacelar, 2011).

PARTE II



ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 - DESENHO METODOLÓGICO

A enfermagem, enquanto profissão como é conhecida nos dias de hoje, percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta atualmente. Para tal, terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação,

Collière (1999) afirma que é através da investigação em enfermagem que novos caminhos são oferecidos à disciplina, na medida em que surge como um meio para o reconhecimento dos serviços que são prestados ao cliente, bem como para identificar os fatores que os facilitam ou os impedem. Fortin (2009), em consonância, reconhece que a investigação científica consiste num processo sistemático, que visa validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática.

Observa-se, assim, que a investigação é fulcral para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes. Além disso, possibilita à enfermagem alicerçar-se e consolidar-se ao nível do saber e da ciência, permitindo-lhe demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, o que dá um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008).

A OE não fica alheia à importância da investigação, afirmando que "a Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação" (2006, p.1).

Para a OE (2006), Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura desenvolver o conhecimento desta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Para isso, exige-se aos profissionais uma atitude de carácter reflexivo e de análise crítica, pois só equacionando aquilo que faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrar alternativas adequadas à resolução dos problemas com que se debate no quotidiano (Martins, 2008).

Neste sentido, o artigo nº 88 do Código Deontológico da OE (2009) salienta, com vista a uma procura da excelência do cuidar, que o profissional de enfermagem tem como dever efetuar uma análise contínua e regular do trabalho e o reconhecimento de falhas que mereçam mudança de atitude e comportamentos.

Também o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2011b), no Domínio do Desenvolvimento Profissional, valoriza a investigação

como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados.

Neste sentido, observa-se que a OE assume, entre outras, a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem, compreendendo que a Investigação em Enfermagem é o pilar fundamental que permite o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, que melhora a qualidade dos cuidados e otimiza os resultados em saúde.

Para Fortin, "os conhecimentos adquiridos no decurso das investigações são tributários de diferentes metodologias que permitem descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos" (2009, p.6). A adoção pelo determinado método de investigação depende dos diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações da respetiva investigação.

No presente capítulo, serão descritas as opções e atividades metodológicas adotadas para a concretização do trabalho de investigação desenvolvido.

1.1 - JUSTIFICAÇÃO E FINALIDADES DO ESTUDO

Em Portugal, a problemática da intervenção na família afirma-se como uma estratégia prioritária de assistência à comunidade, sendo que a reforma dos CSP confere à enfermagem de família uma responsabilidade determinante para a garantia de respostas de qualidade às necessidades da comunidade em matéria de cuidados de enfermagem. No atual enquadramento legislativo dos CSP, assiste-se a um modelo de cuidados direcionado para a proximidade, sendo este efetivado pelas USF, que se assumem como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, e que surgem como o contexto ideal para direcionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar.

Estudos demonstram que os enfermeiros que exercem as suas funções em contexto comunitário possuem atitudes favoráveis à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem e atribuem elevada importância à enfermagem centrada nas famílias (Freitas, 2009; Barbieri-Figueiredo et al, 2012; Silva, Costa & Silva, 2013), o que leva a admitir que é reconhecida a importância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades. Esta relevância é igualmente observada pelo aumento na produção de conhecimento em Portugal, através de estudos de investigação que consolidam a enfermagem com famílias nos CPS enquanto objeto de estudo. Destacam-se os estudos de Figueiredo, (2009), Freitas (2009), Santos (2012) que têm como objeto a forma como se concetualiza a prática da Enfermagem com Família no contexto dos CSP. No entanto, todos se reportam sob a perspetiva dos profissionais, não existindo

nenhuma referência que se debruce sobre a percepção que os beneficiários dos cuidados têm sobre esta metodologia de cuidados.

Contudo, os utentes não devem ser meros espetadores relativamente às mudanças dos serviços e cuidados de saúde que lhe são disponibilizados. Ao incutir-se este tipo de atitude, contraria-se a filosofia dos princípios emanados da Conferência Alma Ata (1978), que preconiza o direito e o dever dos povos participarem no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde. Assim sendo, os utentes devem ser considerados como parceiros na saúde, sendo de extrema importância explorar as suas opiniões relativamente aos cuidados que recebem nos serviços de saúde, na procura contínua da melhoria e da qualidade dos cuidados (Mendes *et al*, 2013).

A qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com a qualidade da interação entre o profissional de saúde e os utentes. Esta interação exige uma reflexão permanente e minuciosa, que conduza a uma atualização constante dos conhecimentos sobre as diversas dimensões que envolvem este processo (Mendes *et al*, 2013). Neste sentido, e considerando que a percepção é uma experiência consciente e subjetiva que o utente vivencia durante o contacto interrelacional que estabelece com o enfermeiro (Marques, 2000), torna-se importante conhecer qual a percepção dos utentes face aos cuidados que lhe são prestados, de forma a, construtivamente, se apelar às alterações corretivas que se impõem.

A pertinência deste estudo prende-se com a importância de não se descurar a percepção dos utentes face aos cuidados que lhe são prestados pelo enfermeiro de Família, contribuindo, de forma determinante, para a melhoria dos mesmos.

Para além disso, contribuir-se-á para o conhecimento na área de enfermagem de família, aumentando o potencial do exercício profissional para responder às necessidades das famílias. Isto será possível, porque serão identificados os pontos fortes da prática da enfermagem com famílias, bem como as lacunas existentes, o que permitirá que sejam desenvolvidas estratégias que visam minimizá-las, ou mesmo colmatá-las, por forma a aproximar a teoria da prática desenvolvida pelos profissionais de enfermagem junto das famílias.

Por último, permitirá cooperar para a efetivação das USF, como sendo o contexto mais acessível, adequado, efetivo, eficiente e que responde às expectativas dos cidadãos, tendo o Enfermeiro de Família um papel fulcral nestas unidades.

1.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO

Para Bogdan & Biklen (1994), as questões de investigação ajudam a enquadrar o foco em estudo e tentam refletir o terreno que se vai examinar. Streubert & Carpenter (2013) sustentam que a questão de investigação identifica o fenómeno em estudo, mais

especificamente, delimita e clarifica o fenómeno de interesse. Para Fortin (2009), a questão de investigação é um enunciado claro que delimita o tema em estudo, especifica a população, precisa os conceitos em estudo e sugere uma investigação empírica.

Deste modo, a questão de investigação que orientará este estudo é: **Qual a percepção dos utentes, inscritos numa USF, relativamente aos cuidados do Enfermeiro de Família?**

Todavia, outras questões de investigação foram formuladas com o intuito de guiar e organizar a colheita de dados. Além disso, ao alcançar as respostas a estas questões, será possível completar a resposta à questão central. Assim, são elas:

- Qual o significado de "Enfermeiro de Família" para os utentes?
- Quais os aspetos que os utentes mais valorizam nos cuidados de enfermagem no âmbito dos CSP?
- Quais os aspetos que os utentes menos valorizam nos cuidados de enfermagem prestados no âmbito dos CSP?
- Quais as características dos cuidados do Enfermeiro de Família identificadas pelos utentes?

Considerando as alterações que se têm imprimido na prática de enfermagem no âmbito dos CSP e acreditando que os utentes devem ser considerados como parceiros na saúde, surge como objetivo geral deste estudo: **conhecer a percepção dos utentes, inscritos numa USF, sobre os cuidados do Enfermeiro de Família.**

O objetivo geral de um estudo determina a maneira como o investigador obterá respostas às questões de investigação. Para se conseguir atingir este objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar quais os aspetos que os utentes mais valorizam nos cuidados do enfermeiro de família;
- Identificar quais os aspetos que os utentes menos valorizam nos cuidados do enfermeiro de família;
- Conhecer a conceção que os utentes possuem de "Enfermeiro de Família";
- Compreender de que forma a família é envolvida nos cuidados pelo enfermeiro de família;
- Identificar as principais características dos cuidados do enfermeiro de família.

Para Fortin (2009), as questões de investigação e a enunciação do objetivo geral permitem orientar a investigação para o método mais apropriado que permita obter a informação desejada.

1.3 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Streubert & Carpenter (2013) referem que após ser formulada claramente a questão de investigação, de estar compreendido o problema e esclarecido qual o impacto que a investigação terá nas pessoas estudadas, na disciplina e para quem os resultados possam ser importantes, é necessário selecionar qual a metodologia de investigação que responderá mais adequadamente à questão.

A metodologia de investigação consiste num processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona a escolha dos métodos e técnicas que guiam o processo de investigação e que devem ser adequados aos objetivos que se pretendem atingir. A seleção da metodologia a utilizar depende do paradigma do investigador, ou seja, depende da sua visão do mundo, das suas crenças, o que determina a perspetiva segundo a qual ele pretende estudar determinado fenómeno (Fortin, 2009).

O presente estudo surge da necessidade de se compreender a forma como os utentes percecionam os cuidados de enfermagem que lhe são prestados pelo enfermeiro de família. De acordo com Marques, a perceção dos cuidados de enfermagem é "um fenómeno de natureza social (perceção social), constituído por um processo de cognição social caracterizado pela interpretação e atribuição de significados aos cuidados de enfermagem e pela formação de juízos sobre características dos enfermeiros" (2000, p.6). Assim, verifica-se que se está perante um estudo de carácter subjetivo que visa a exploração ou descrição do vivido ou da experiência humana, sendo que a metodologia de investigação utilizada foi a qualitativa.

Segundo Streubert & Carpenter (2013), a investigação qualitativa tem-se expandido nos últimos anos devido à investigação quantitativa se demonstrar incapaz de descrever plenamente os aspetos culturais, os valores e as relações humanas. A investigação qualitativa baseia-se no paradigma naturalista, onde a realidade é considerada subjetiva e múltipla e o conhecimento adquirido só é relevante quando compreendido dentro de uma determinada situação ou contexto (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007).

A investigação qualitativa possibilita a exploração do comportamento, das perspetivas e das experiências das pessoas em estudo e a sua base está na abordagem interpretativa da realidade social (Queirós, 2001). Streubert & Carpenter reforçam que "num empreendimento humano como a enfermagem, é imperativo que os enfermeiros aceitem a utilidade de uma tradição de investigação que possibilite o acesso aos modos significativos de descrever e compreender as experiências humanas" (2013, p.4).

No entanto, as pessoas vivem e experimentam a vida diferentemente, e na metodologia qualitativa o investigador não se subscreve a uma verdade, mas a múltiplas

realidades, que devem ser consideradas para se compreender bem o fenómeno. Além disso, cada realidade é baseada nas percepções dos indivíduos e muda com o tempo, sendo que o reconhecimento deste dinamismo da realidade "é a primeira etapa para o estabelecimento de uma perspetiva verdadeiramente humanista da investigação" (Streubert & Carpenter, 2013, p.4)

De acordo com Bogdan & Biklen (1994), na investigação qualitativa o significado que as pessoas atribuem às suas experiências constitui o foco desta abordagem, tornando-se necessário que a investigação decorra no ambiente natural, ou seja, o investigador frequenta os locais onde se desenvolve a investigação para a colheita dos seus dados. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens, logo esta abordagem é essencialmente descritiva e advém de uma análise minuciosa dos dados. Esta análise é realizada de forma indutiva, isto é, começa com objetivos exploratórios mais amplos que fornecem o foco para o estudo sem esgotar, prematuramente, aspetos da experiência que possam ser julgados importantes ou relevantes. Por último, na investigação qualitativa prevalece o interesse pela forma como decorre o processo de contacto com o fenómeno mais do que, simplesmente, os resultados que advêm desse contacto. Neste sentido, Ribeiro (2010) defende que uma vez que as inferências qualitativas são indutivas, interpretativas, descritivas, compreensivas, contextuais, subjetivas, não podendo ser previsíveis nem causais, logo não são gerais nem replicáveis.

Os estudos de investigação podem classificar-se, segundo o objetivo e o momento de análise. Fortin afirma que a exploração ou a descrição do vivido ou da experiência humana é importante para a investigação qualitativa, uma vez que esta tem como objetivo "descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência" (2009, p.32). No que concerne ao objetivo, este estudo é descritivo exploratório, uma vez que pretender explorar e descrever rigorosa e claramente a percepção dos utentes face aos cuidados prestados pelo enfermeiro de família, sendo este um fenómeno pouco estudado do ponto de vista de significação, compreensão e interpretação.

Quanto à dimensão temporal, este estudo é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. São estudos económicos, simples de organizar e fornecem dados imediatos e utilizáveis, contudo, têm um alcance mais limitado que os estudos longitudinais (Fortin, 2009). Apesar de conscientes que um estudo longitudinal seria mais vantajoso para a obtenção de dados, pois obter-se-iam dados ao longo dos diferentes contactos entre os participantes e os respetivos enfermeiros de família, dado o tempo previsto para a realização do estudo não foi possível fazê-lo.

Assim sendo, classifica-se este estudo como exploratório, descritivo e transversal, pois visa explorar e descrever a forma como os utentes vivenciam um fenómeno, até ao momento pouco explorado, num período de temporal definido.

1.4 - CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto da investigação qualitativa é denominado de campo e consiste no lugar onde os indivíduos experienciam o fenómeno (Streubert & Carpenter, 2013).

Este estudo decorreu numa USF da Administração Regional de Saúde do Norte, Instituição Pública (ARS Norte, I.P.). A preferência por uma USF e não por outra unidade funcional onde a metodologia de Enfermeiro de Família também se aplica, prendeu-se com o fato das USF, além de terem sido a primeira medida realizada na atual Reforma dos CSP, constituírem uma das incontornáveis linhas de contacto do cidadão com o sistema de saúde, sendo consideradas como as peças centrais do novo modelo de cuidados (Ministério da Saúde, 2006).

Para além disso, a criação das USF foi um impulso para a conceção da figura do *enfermeiro de família*, que surge como pivot no seio de uma equipa multiprofissional e entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados, desde a conceção até à morte e nos acontecimentos de vida críticos, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida (Ministério da Saúde, 2012). Dado que as aberturas das primeiras USF datam de setembro de 2006, pretendeu-se que a USF onde decorresse o estudo tivesse entre quatro a sete anos de funções, a fim dos participantes estarem familiarizados com o fenómeno em estudo.

Assim, a USF selecionada como contexto do estudo pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde entre Douro e Vouga I (Feira/Arouca) e iniciou funções em 2008.

A equipa multidisciplinar é constituída por quinze profissionais: seis médicos de família, seis enfermeiros de família e três secretários clínicos. Todos os profissionais de saúde que constituem esta USF manifestam motivação e dedicação crescentes na prestação de cuidados de saúde de excelência, adequados às necessidades da população nela inscrita (aproximadamente 11000 utentes que se distribuem por 4152 famílias). Para isso, cumprem a sua carteira básica de serviços seguindo as orientações estratégicas da Direção Geral de Saúde, sobretudo no que diz respeito à vigilância e promoção da saúde nas diversas fases da vida dos indivíduos e famílias.

Como metodologia, a equipa de enfermagem adota o *enfermeiro de família por área geográfica*, com um rácio aproximado de 690 famílias por enfermeiro.

A equipa de enfermagem é constituída por profissionais com diferentes características socioprofissionais, descritas no Quadro 18, o que influencia a forma como

os enfermeiros abordam a família (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 1990).

Quadro 18 - Caracterização Socioprofissional dos Enfermeiros da USF onde decorreu o estudo

Idade	Tempo de Serviço	Tempo de Serviços nos CSP	Categoria Profissional	Habilitações Literárias	Formação na área da Família
50	28	28	Enfermeira Especialista em Comunitária	Licenciatura	Não
50	16	16	Enfermeira Graduada	Licenciatura	Não
42	19	19	Enfermeira Graduada	Licenciatura	Não
40	18	8	Enfermeira Graduada	Licenciatura	Não
31	8	8	Enfermeiro Nível I	Licenciatura	Não
30	8	8	Enfermeira Nível I	Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica	Sim

Fonte: Dados obtidos por questionário aos enfermeiros da USF

1.5 - POPULAÇÃO ALVO E PARTICIPANTES

A população alvo de um estudo é um conjunto de elementos, que pode ser indivíduos, espécies ou processos, que apresentam característica comuns definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2009).

Assim, a população alvo deste estudo foram todos os utentes inscritos nesta USF da ARS Norte I.P. e que usufruem dos cuidados do Enfermeiro de Família.

Contudo, raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, além de que, e de acordo com Streubert & Carpenter (2013), na investigação qualitativa não se privilegia amostras aleatórias e numerosas, uma vez que a manipulação, controle e generalização dos resultados não é a intenção do estudo.

A preocupação do investigador qualitativo é desenvolver uma descrição rica e densa do fenómeno em estudo, sendo que opta por seleccionar propositadamente os indivíduos ou grupos que o tenham vivenciado (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007). Perante isto, neste estudo, utilizou-se uma amostra intencional, isto é, a seleção dos participantes foi sujeita a critérios que permitiram apreender o máximo sobre os cuidados do enfermeiro de família, sendo que os critérios de inclusão foram:

- Utes com um contacto contínuo com os cuidados de enfermagem na USF, seja através das consultas de vigilância ou pelo acompanhamento de outras situações de saúde/doença;
- Utes com idade superior a 18 anos;

- Utentes orientados no tempo e no espaço;
- Utentes que quiseram participar de forma informada e voluntária no estudo.

Neste estudo, excluíram-se os utentes dependentes que recebem os cuidados do enfermeiro de família no domicílio. Tal situação prendeu-se com o facto do objetivo deste estudo ser conhecer a percepção dos utentes dos cuidados do enfermeiro de família, sendo que no caso dos doentes dependentes essa percepção seria fornecida, maioritariamente, pelo prestador de cuidados, o que poderia influenciar os resultados do estudo. No entanto, existe a consciência de que o um dos aspetos mais positivos da implementação do enfermeiro de família é uma maior promoção da visita domiciliária como oportunidade de se avaliar o contexto onde as pessoas vivem e interagem e, deste modo, detetar precocemente sinais de crise ou de maior vulnerabilidade familiar.

Nas investigações qualitativas, os indivíduos que aceitam ser estudados são designados de participantes, pois é o seu envolvimento ativo na pesquisa que ajuda o investigador a compreender melhor as suas experiências, culturas, vidas e interações sociais (Streubert & Carpenter, 2013).

Neste estudo, colaboraram dez utentes, de forma informada e voluntária, e que mantêm um contacto regular com o seu enfermeiro da família. No Quadro seguinte, encontram-se descritas as suas características.

Quadro 19 - Características dos Participantes do Estudo

Sexo	Idade	Profissão	Motivo que procura os cuidados do Enfermeiro de Família
Masculino	80	Reformado	Tratamento de feridas
Feminino	75	Reformada	Consultas de Vigilância de Diabetes
Masculino	75	Reformado	Consultas de Vigilância de Diabetes
Masculino	70	Reformado	Consultas de Vigilância de Diabetes
Masculino	53	Operário Fabril no sector da cortiça	Tratamento de feridas
Feminino	32	Operária Fabril no sector do calçado	Consulta de Vigilância de Saúde Materna e acompanhamento do filho na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
Feminina	29	Desempregada	Consulta de Vigilância de Saúde Materna
Feminino	27	Desempregada	Tratamento de feridas
Masculino	26	Estudante Universitário	Acompanhamento Terapêutico doentes com Tuberculose
Feminino	23	Desempregada	Consultas de Vigilância: Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Saúde Materna e acompanhamento dos filhos na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

Fonte: Dados obtidos através das entrevistas

Pela análise do quadro, constata-se que se obteve um conjunto de participantes com diferentes características no que se refere à idade, situação laboral e motivos de procura de cuidados do Enfermeiro de Família. Tal situação contribui em larga escala para a obtenção de dados plenos de detalhes e informações importantes para o estudo em questão, uma vez que ao selecionar participantes representativos de diferentes pontos de vista e perspetivas, o investigador obtém diferentes significados acerca do fenómeno em estudo (Polit & Hungler, 2000).

1.6 - COLHEITA DE DADOS

Na investigação qualitativa pode ser utilizada uma variedade de estratégias para obtenção de dados. Neste estudo, a estratégia selecionada foi a entrevista.

As entrevistas constituem um dos instrumentos privilegiados na investigação qualitativa, pois permitem "recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo" (Bogdan & Biklen, 1994, p.134).

O tipo de entrevista selecionado para o estudo foi a semiestruturada, pois, e de acordo com Fortin (2009), este é o método mais adequado quando se pretende conhecer as experiências e as perceções dos participantes.

Neste tipo de entrevista, o entrevistador determina uma lista de temas a abordar de acordo com os objetivos do estudo, formula questões respeitantes a esses temas e apresenta-as pela ordem que ele julga apropriado, com o objetivo de assemelhar a entrevista a uma conversa informal. Para Streubert & Carpenter (2013), o uso da investigação qualitativa exige boas competências interpessoais, pois neste tipo de entrevista, o papel do entrevistador não se pode resumir à colocação de questões e controlo da qualidade das respostas, é necessário também o estabelecimento de uma relação interpessoal que influencie a motivação dos sujeitos em participar no estudo, garantindo-se assim uma maior qualidade dos dados.

O planeamento da entrevista foi uma das fases mais importantes da investigação, exigindo tempo e alguns cuidados:

- A entrevista deve ter em consideração os objetivos da investigação. Assim, e de forma a facilitar o seu desenrolar, foi construído um guião (Anexo I), que facilitou a comunicação, pois apresenta de forma lógica as questões que tocam os diferentes aspetos do estudo e assegurou que todos os participantes discutiram os mesmos tópicos.
- O entrevistado foi selecionado em função da sua familiaridade com o tema. Para que isto acontecesse, foi necessário que se cumprisse os critérios de inclusão

determinados anteriormente, sendo que o apoio das enfermeiras da prática dos cuidados foi imprescindível na identificação dos potenciais participantes.

- Após essa identificação, foi necessário um contacto com o potencial participante, a fim de se verificar a sua disponibilidade para a realização da entrevista, e em caso de resposta afirmativa foi efetuada a marcação.
- As entrevistas decorreram numa sala reservada da USF, promovendo-se sempre a privacidade e o conforto necessários à partilha de informação, relativamente aos factos, aos sentimentos, aos comportamentos, às expetativas e às atitudes do fenómeno em estudo.
- As entrevistas foram conduzidas individualmente e registadas sob o formato áudio, para posterior transcrição e análise de conteúdo. A escolha por este formato permitiu a diminuição de fontes de distração para o entrevistado.

Para garantir o sucesso das entrevistas, o guião foi submetido a uma validação, através da realização da entrevista a duas utentes que não pertenciam à USF em estudo, mas que apresentavam características similares aos participantes. Esta fase da validação foi imprescindível, pois permitiu verificar se as questões seriam bem compreendidas pelos participantes, possibilitando a sua modificação.

Inicialmente, devido à inexperiência da investigadora verificou-se que as entrevistas possuíam um carácter demasiado estruturado, muito vinculadas ao guião. No decorrer da colheita de dados, à medida que ia ocorrendo a transcrição das entrevistas, constatou-se a necessidade de se colocar mais perguntas, no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível, a fim de ajudar o entrevistado a chegar aos objetivos das questões. Foi também necessário, ao deixar o entrevistado falar abertamente, reencaminhá-lo para os objetivos da entrevista cada vez que se afastava desses.

Dado tratar-se de um estudo qualitativo, mais do que um número específico de participantes que nos permitem obter significado em alguma manipulação estatística, procurou-se a repetição e confirmação dos dados previamente colhidos, ou seja, a saturação teórica dos dados (Streubert & Carpenter, 2013).

Neste sentido, foram realizadas 10 entrevistas, entre os meses de março e julho de 2014, e a sua realização dependeu não só da disponibilidade da investigadora e dos participantes do estudo, como também dos profissionais da própria USF, na referenciação de potenciais participantes.

De referir, que existe a consciência que na investigação qualitativa cada experiência individual deve ser valorizada e que se poderia ter obtido respostas de outros participantes. Contudo, dado o tempo disponível para a realização deste estudo de

investigação e pela saturação teórica dos dados obtidos, entendeu-se que seria o momento adequado para a finalização da colheita de dados.

1.7 - ASPETOS ÉTICOS

Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas devem ser consideradas desde a altura em que se escolhe o tema, o tipo de estudo, os participantes, até à forma como se recolhe e interpreta os dados, ou seja, ao longo do todo o processo de investigação.

Para Fortin (2009), na investigação aplicada a seres humanos torna-se fundamental ter presente sete princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos mesmos, e que estão determinados pelo Código de Ética: (1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido; (2) respeito pelos grupos vulneráveis; (3) respeito pela vida privada e confidencialidade das informações pessoais; (4) respeito pela justiça e pela equidade; (5) equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; (6) redução dos inconvenientes; (7) otimização das vantagens.

Streubert & Carpenter (2013) referem que a investigação qualitativa coloca questões e desafios éticos cada vez mais complexos, porque apesar dos esforços, nem sempre é fácil para o investigador controlar dados que emergem das entrevistas. Esta situação exige que o investigador esteja sempre alerta para a possibilidade de dilemas éticos não antecipados, tornando-se claro que os aspetos éticos impõem crítica e avaliação contínuas. Os mesmo autores afirmam que são os princípios éticos de autonomia, beneficência e justiça que proporcionam um enquadramento organizador para os assuntos éticos inerentes à investigação qualitativa.

Assim, em todas as etapas deste estudo foram tidos em atenção todos os princípios éticos referidos e procurou-se assegurar todos os direitos das pessoas envolvidas. Neste sentido, foram efetuados os seguintes pressupostos:

- Obtenção da autorização para a colheita de dados no Agrupamento de Centros de Saúde ao qual pertence a USF onde se realizou o estudo, a fim de ser entregue ao Comité de Ética da ARS Norte, I.P.;
- Obtenção da autorização, por parte do Comité de Ética da ARS Norte, I.P., para realização do estudo (Anexo II);
- Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido a todos participantes do estudo (Anexo III), bem como a autorização para a gravação em formato áudio (Anexo IV). No momento das entrevistas foram reforçados os propósitos e objetivos do estudo, a metodologia para a colheita de dados e esclarecidas dúvidas. Foi explicitado a todos os participantes que poderiam desistir da

entrevista a qualquer momento, ficando ausentes de qualquer tipo de prejuízo, e que as gravações áudio seriam utilizadas apenas para facilitar o estudo dos resultados sendo destruídas ao final de seis meses;

- Promoção do anonimato dos participantes em todo o processo;
- Isenção e autenticidade na análise e tratamento dos dados e na apresentação das conclusões.

PARTE III



ESTUDO EMPÍRICO

1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para Bogdan & Biklen (1994), na investigação qualitativa, a análise de dados é um processo de busca e de organização de dados com o objetivo de aumentar a sua compreensão desses e permitir apresentar aos outros as suas conclusões. Para os mesmos autores, esta análise envolve o "trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspetos importantes e do que deve ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros" (p.205, 1994).

Sendo a entrevista uma técnica que implica a recolha de uma grande quantidade de dados, este têm de ser decodificados e organizados para dar sentido à investigação e ser possível apresentar resultados. Para isso, após a realização das entrevistas, foi necessária a transcrição do formato áudio para o formato gráfico, respeitando-se integralmente a linguagem utilizada e servindo-se de algumas convenções como as aspas simples (" ") para os comentários dos participantes e as reticências (...) para registar os momentos de silêncio e pausa. De forma a facilitar a localização dos dados, as entrevistas foram codificadas com a letra "E" procedida de um número (por exemplo E1), identificando a ordem cronológica em que ocorreram.

Pope & Mays referem que "analisar dados qualitativos não é tarefa simples ou rápido" (2005, p. 98), e que para esse processo ser realizado adequadamente, deve ser sistemático, rigoroso, demorado, uma vez que requer perspicácia, criatividade, sensibilidade conceptual e entrega absoluta (Polit & Hungler, 2000).

Neste estudo, a análise dos dados começou no momento em que foi realizada a primeira colheita dos mesmos, ou seja, logo após as primeiras entrevistas. Assim, a análise dos dados acompanhou todo o processo de colheita, contribuindo para a tomada de decisão sobre o término da mesma; ou seja, quando as informações suplementares das últimas entrevistas não acrescentavam nada de novo à compreensão do fenómeno em estudo deu-se por terminada a colheita de dados. Por outro lado, no decorrer da colheita de dados, à medida que as entrevistas eram transcritas, constatou-se a necessidade de se desdobrar as questões orientadoras de forma a se explorar e se aprofundar adequadamente o fenómeno em estudo.

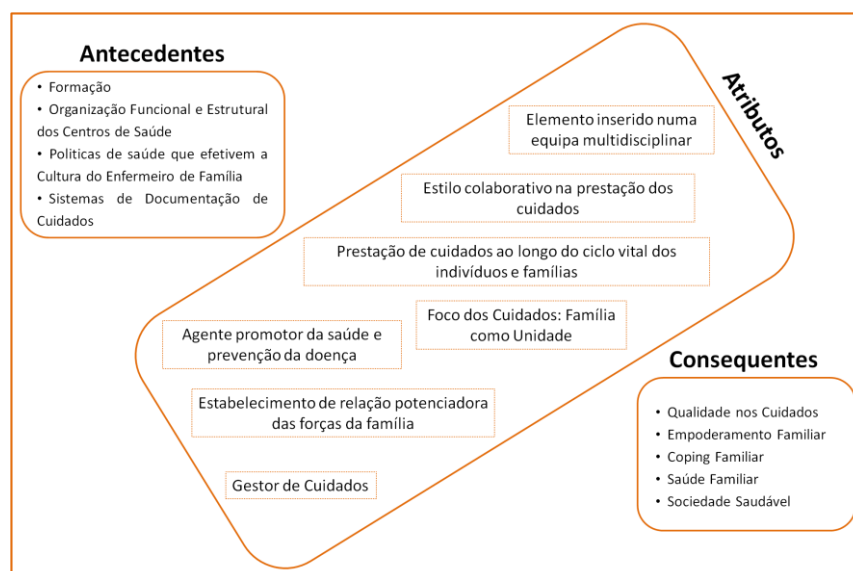
Tal como se referiu anteriormente, o objetivo não é obter uma quantificação dos resultados, mas sim interpretar os significados implícitos nos discursos dos participantes, para se compreender o fenómeno em estudo. Assim, para o tratamento da informação, utilizou-se como técnica, a análise de conteúdo, com a qual se pretendeu obter indicadores qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens.

Para Amado (2000), este método trata-se de uma técnica que procura organizar num conjunto de categorias de significação o "conteúdo manifesto" dos diversos tipos de comunicações (textos, imagens ou filmes), sendo o seu principal objetivo a descrição precisa, sistemática e, até, quantitativa desse mesmo conteúdo. Em continuidade, este mesmo autor refere que a análise de conteúdo é um processo empírico utilizado diariamente pelos indivíduos, dado que fazem constantes interpretações das diversificadas tipologias de comunicações de que são alvo.

Contudo, para se tornar numa metodologia de investigação científica, tem de seguir um conjunto de passos que lhe dão o rigor e a validade necessários, iniciando-se pelas etapas dos processos de categorização e codificação, passando pelo controlo da validade e da fidelidade da categorização, etapa onde a literatura recomenda a colaboração de juízos externos, e terminando com a discussão e interpretação dos dados, na qual, através das inferências interpretativas derivadas dos quadros de referência, se constrói o "contexto de produção".

O presente estudo pretendeu conhecer a perceção que os utentes de uma USF possuem dos cuidados prestados pelo Enfermeiro de Família. Para isso, teve-se por base os atributos, os antecedentes e os consequentes definidos na análise do conceito *Enfermeiro da Família*, de acordo com a metodologia de Walker & Avant, apresentada na primeira parte e que se encontram explícitos na Figura 10.

Figura 10 - Diagrama dos resultados obtidos na Análise do Conceito "Enfermeiro de Família", segundo a metodologia de Walker & Avant



Fonte: Adaptado de Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). *Análise de Conceito de "Enfermeiro de Família", segundo a Metodologia de Walker e Avant: trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem no ano letivo 2012/2013*. Documento não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto

O recurso a uma análise dedutiva dos dados para o presente estudo, apresentou-se adequado e pertinente uma vez que a intenção era compreender um fenómeno pouco explorado. Assim, procurando no discurso dos participantes a presença ou ausência dos critérios de inclusão dos atributos, antecedente e consequentes definidos, pretendeu-se dar resposta aos objetivos propostos.

A primeira etapa desta análise consistiu no processo de categorização e codificação da informação. Segundo Amado, "a categorização é a fase mais problemática desta técnica, mas também a mais criativa" (2000, p. 56). Cada categoria é constituída por uma frase ou palavra-chave que representa, com exaustividade e precisão, o sentido dos critérios de inclusão. Ao longo desta etapa, exige-se uma "grande atenção, boa memória e muita paciência para revisões constantes, num processo que, embora rigoroso, não deixa de ser tentativa erro e que implica um envolvimento criativo com o tema de investigação" (Amado, 2000, p.57).

Esta etapa iniciou-se com a leitura fluente das entrevistas de forma a sistematizar as ideias iniciais através das primeiras impressões e intuições. Estas leituras foram, de início, verticais, ou seja, entrevista a entrevista e depois horizontais, frase a frase, procurando o que era comum e diferente para se proceder à agregação dos dados. Para facilitar o agrupamento da informação foi atribuído um código de cores à informação contida nas entrevistas, tendo por base as categorias de codificação definidas *à priori*.

No entanto, ao longo da análise foram emergindo temas que, não estando incluídos nos critérios que definiam as categorias *à priori*, demonstravam ser pertinentes para dar resposta aos objetivos do estudo e obedeciam às regras de categorização.

As frases e excertos considerados pertinentes para o objeto de estudo foram destacados e posteriormente foram compilados num novo texto. Após esta codificação preliminar, procedeu-se a uma nova análise, de onde emergiram novas categorias, outras foram modificadas, elaboraram-se subcategorias, como um recurso para explicitar melhor o sentido de determinadas categorias, e agruparam-se as categorias relacionadas, levando à formação de dimensões. Este procedimento corrobora o que Bogdan & Bilken salientam quando afirmam que no processo de categorização "as categorias de codificação podem ser modificadas, podem-se desenvolver novas categorias, e as categorias anteriores podem ser abandonadas" (1994, p.233).

A segunda etapa desta análise de conteúdo consistiu no controlo da validade e da fidelidade da codificação. A finalidade do rigor na investigação qualitativa é representar rigorosamente as experiências dos participantes, sendo que para isso ocorre a necessidade de verificar se as categorias elaboradas traduzem o verdadeiro sentido dos dados e se elas foram definidas de um modo tão operacional, que outro investigador,

utilizando os mesmos critérios de inclusão, faria a mesma análise (Amado, 2000; Streubert & Carpenter, 2013).

Assim, no final da análise de conteúdo, quando o processo de codificação e mapeamento desta dissertação ficou completo, este foi revisto por um juiz externo, que possuía um bom conhecimento do sistema de categorias criado e das suas respetivas definições, e que validou o processo.

Em suma, a categorização da presente dissertação é resultado de um processo misto de dedução e indução, apresentando categorias definidas, *à priori*, de acordo com os resultados obtidos na análise de conceito de "Enfermeiro de Família", e outras categorias que emergiram dos dados, *à posteriori*, de acordo com os objetivos. No Quadro 20, encontrar-se o mapeamento final da análise de conteúdo das entrevistas, com o qual se pretende responder ao fenómeno em estudo: *a percepção dos utentes de uma USF face aos cuidados do Enfermeiro de Família*.

Como se pode observar, da análise de conteúdo das entrevistas emergiram três dimensões de categorização de dados: **Organização dos Serviços de Saúde, Atributos do Enfermeiro de Família e Efetivação do Enfermeiro de Família**.

A primeira dimensão, **Organização dos Serviços de Saúde**, caracteriza a forma como os utentes percecionam a atual organização dos CSP, da qual emergiu a categoria: **Reconhecimento do Enfermeiro de Família**.

Na dimensão **Atributos do Enfermeiro de Família** descreve-se a percepção dos utentes face aos Atributos do Enfermeiro de Família. Assim, emergem categorias como **Elemento inserido numa Equipa Multidisciplinar; Cuidados ao longo do Ciclo Vital dos Indivíduos e Famílias; Agente Promotor da Saúde e Prevenção da Doença; Gestor de Cuidados; Família como Foco dos Cuidados; Estilo Colaborativo na Prestação dos Cuidados e Estabelecimento de uma Relação Potenciadora**.

Por último, a dimensão **Efetivação do Enfermeiro de Família** diz respeito aos aspetos mais ou menos valorizados pelos utentes após os cuidados prestados pelo Enfermeiro de Família, emergindo duas categorias: **Aspetos Positivos** e **Aspetos Negativos**.

De acordo com Amado (2000), a apresentação dos dados em estudos qualitativos deve ser feita recorrendo a tabelas, quadros sinóticos ou matrizes que revelam o sistema de categorias e as suas particularidades; no entanto, é fundamental não se perder o carácter descritivo, que o mesmo autor refere como "verdadeiramente qualitativo", recorrendo à utilização de citações.

Quadro 20 - Mapeamento da análise de conteúdo das entrevistas

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Organização dos Serviços de Saúde	Reconhecimento do Enfermeiro de Família	
Atributos do Enfermeiro de Família	Elemento inserido numa equipa multidisciplinar	Comunicação entre pares
		Comunicação Multiprofissional
		Comunicação com outros parceiros/instituições de saúde
	Prestação de cuidados ao longo do Ciclo Vital dos indivíduos e famílias	
	Agente Promotor da Saúde e Prevenção da Doença	Atividades de Educação
		Atividades de Manutenção
		Atividades de Restabelecimento
	Gestor de Cuidados	Encaminhamento dos Cuidados
		Cuidados contínuos e individualizados
	Família como Foco dos Cuidados	
	Estilo Colaborativo na Prestação dos Cuidados	Estabelecimento de uma Parceria
		Respeito pela Experiência do Utente/Família
	Estabelecimento de uma Relação Potenciadora	Elogio
		Conversas Terapêuticas
		Boas Maneiras
		Suporte/Apoio
		Confiança/Segurança
Efetivação do Enfermeiro de Família	Aspetos Positivos	Satisfação
		Pontualidade
		Flexibilidade no horário de atendimento
	Aspetos Negativos	Taxas moderadoras nos cuidados de enfermagem

Fonte: Dados obtidos por análise de conteúdo das entrevistas

Em seguida, encontra-se uma análise interpretativa dos dados evidenciados pela análise das entrevistas, com recurso à revisão da literatura e com inclusão de excertos de entrevistas dos participantes no estudo, que permitiram "ilustrar e substantiar as asserções feitas" (Bogdan & Bilken, 1994, p.252).

DIMENSÃO 1 - ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta dimensão constitui-se como a base da interação entre os utentes e a atual organização dos CSP.

A reforma dos CSP foi motivada devido ao baixo nível de satisfação de todos os intervenientes (cidadãos, profissionais e decisores políticos), associado à baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas e falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade.

O Grupo Técnico para a reforma dos CSP assumiu como finalidade a de contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais. Esta reforma consistiu na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde que incluem, além dos órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de estruturas funcionais, das quais se destaca as USF por se apresentarem como a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

Sendo que o objeto de estudo desta dissertação são os cuidados de enfermagem, emergiu como categoria desta dimensão o Reconhecimento do Enfermeiro de Família.

Reconhecimento do Enfermeiro de Família

Esta categoria engloba a consciencialização dos participantes da existência do Enfermeiro de Família nas USF e das conseqüentes mudanças na organização funcional dos serviços de enfermagem.

"Eu por acaso antes de começar o tratamento, não sabia que existiam enfermeiros de família...sabia que havia médico de família...porque acho que é uma coisa mais geral...toda a gente conhece...enfermeiro de família não sabia. Mas gostei bastante...porque saber que...pronto...que a enfermeira S. é a minha enfermeira de família e tê-la quase sempre ali...acho que foi importante." (E4)

"Para mim ter um enfermeiro de família é recente, porque eu antes vinha ao posto médico, mas era só ao médico. Mas é isto, é precisarmos de um enfermeiro e dizer "a nossa enfermeira é esta" e ela já nos conhece, é melhor do que chegar aqui e hoje sermos vistos por um e depois por outro." (E9)

"eles mudaram todos os enfermeiros por causa, de, antigamente era cada médico tinha um enfermeiro e agora é por zonas de onde se vive" (E5)

"Somos diabéticos e de meio em meio ano somos controlado pelo enfermeiro e depois vamos à médica (....) a gente vem aqui a ele e a consulta dele não é no mesmo dia...antes era, primeiro vinha a ele e a seguir ia à médica...e agora não...agora passado um mês ou um mês e meio é que a gente vai à médica. Eles agora descruzaram tudo." (E3)

A reorganização dos cuidados de enfermagem constitui uma das linhas da reforma dos CSP. A metodologia adotada para a prestação de cuidados recomenda atribuir a cada família um enfermeiro, surgindo a figura do Enfermeiro de Família, que passa a ser um profissional de referência para todos os utentes.

DIMENSÃO 2 - ATRIBUTOS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Nesta dimensão, explora-se as diferentes características do Enfermeiro de Família. Com base na análise de conceito de "Enfermeiro de Família, foi possível identificar atributos que permitiram definir a sua operacionalização na prática, sendo identificadas na análise de conteúdo as seguintes categorias:

- Elemento inserido numa equipa multidisciplinar;
- Cuidados ao longo do ciclo vital dos indivíduos/família;
- Agente promotor da saúde e prevenção da doença;
- Gestor de Cuidados;
- Família como foco dos cuidados;
- Estilo colaborativo na prestação dos cuidados;
- Estabelecimento de uma relação potenciadora das forças do utente/família.

Elemento inserido numa Equipa Multidisciplinar

A atual organização dos serviços aposta em modelos de organização de cuidados que promovem, entre outros aspetos, o desenvolvimento do trabalho em equipa. Para isso, preconiza-se que as USF possuam equipas multiprofissionais motivadas (constituídas por médicos, por enfermeiros e por secretários clínicos), portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca.

"Há boa sintonia entre médico-enfermeiro e enfermeiro-médico...até mesmo com a secretária, qualquer coisa que a gente precisa fala com ela e ela trata diretamente. É um bom grupo." (E8)

"(...) ela acompanha-me sempre à sala dele, e pronto, ela tem as suas funções e ele tem as dele, acabam por se completar, porque a enfermeira fala-me de coisas que o doutor não fala, mas é o doutor que me passa os exames, vê as análises...as funções deles completam-se." (E10)

Neste contexto, o enfermeiro de família surge como pivô no seio da equipa multidisciplinar, pois devido ao seu papel multifacetado e à sua proximidade com os utentes/famílias, encontra-se numa situação privilegiada para realizar o interface entre todos os profissionais que intervêm no processo de cuidados. Esta posição singular é reforçada no ponto 2 do artigo 3 do decreto-lei nº 118/2014, que decreta que o enfermeiro de família contribui para a ligação entre os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo assim uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Neste sentido, é fundamental a presença de uma comunicação aberta e multidirecional entre os diferentes membros da USF.

Comunicação entre pares

A comunicação entre pares consiste na comunicação existente entre os diferentes membros do mesmo grupo profissional, neste caso específico, a comunicação existente no seio da equipa de enfermagem.

"Havia certos dias em que ela não estava por causa do horário, mas o colega já sabia...muitas vezes a enfermeira S. até deixava a medicação pronta para mim e depois seria outro enfermeiro a dar" (E4)

"houve uma vez que foi outro colega que me atendeu e ele já sabia o papel que ela me tinha dado...já sabia qual era o que tinha que dar a seguir....e sabia que as minhas tensões também andavam sempre mais ou menos bem....eu acho que sim...acho que ela deve deixar ligação para o outro colega." (E5)

"ele mesmo chegava a falar com outras enfermeiras que estavam de serviço na enfermaria: "olha olha, anda-me aqui ver isto, olha como este senhor está a cicatrizar tão bem", ou isto ou aquilo... qualquer coisa...ele punha sempre as pessoas a par...também se calhar punha a par, que era para se caso não estivesse, para ter quem depois me desse assistência" (E8)

A comunicação entre pares faz parte do quotidiano dos enfermeiros de família. Esta é fundamental para o cumprimento dos princípios definidos no artigo 5º do decreto-lei nº 298/2007, nomeadamente o da cooperação, onde se exige que todos os elementos sejam capazes de concretizar os objetivos da acessibilidade, da globalidade e da

continuidade dos cuidados, bem como o da solidariedade, onde cada elemento da equipa garante o cumprimento das obrigações dos demais elementos do mesmo grupo profissional.

Comunicação Multiprofissional

É imprescindível que os diferentes profissionais se complementem entre si a fim de se assumir os compromissos de acessibilidade e de qualidade dos cuidados. As intervenções do enfermeiro de família ocorrem em articulação e complementaridade com as funções de outros profissionais, destacando-se, ao longo das entrevistas, uma evidente relação de proximidade com a equipa médica.

"Olhe quando veio estas infeções...há um ano foi no pé direito e este ano foi no pé esquerdo...quando chego aqui, já chego um bocadinho atrasado....porque quando aquilo começa a arder um bocadinho, eu começo a fazer a minha higiene (...).Depois chego assim um bocadinho atrasado e depois quando cá chego, já trás um bocadinho de infeção ela manda chamar a médica, para a médica ver e... receitar a medicação....que é...em principio...é logo um antibiótico..." (E2)

"quando vê que alguma coisa que não está bem, ela comunica logo ou com o médico de família ou com outro colega que esteja por perto, comunica logo com outra pessoa que possa ver (...), neste caso foi uma ferida infetada e ela chamou logo o médico de família." (E7)

"Ainda agora fui lá e a doutora pergunta se está tudo bem, vai ver os registos da enfermeira e pergunta à enfermeira como é que está.... ela até esteve a dizer que estava quase....noto ali uma boa ligação." (E9)

O enfermeiro de família assume-se como o profissional responsável pela identificação das necessidades dos utentes, ajudando-os a resolver os seus problemas e apresentando-se como o principal elo de ligação entre o utente e o médico de família. Para o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (Ministério da Saúde, 2012), é esta relação entre o enfermeiro de família e os restantes profissionais dos CSP que potencia as sinergias entre os diferentes cuidados prestados, obtendo-se assim melhores resultados em saúde, numa lógica de processo assistencial integrado.

Comunicação com outros parceiros/instituições de saúde

A relação entre a USF e restantes parceiros/instituições de saúde é fundamental para o cumprimento do princípio da Articulação, que declara que as USF têm a obrigação

de estabelecer a necessária ligação entre as atividades desenvolvidas por si e as outras unidades funcionais do centro de saúde ou outras instituições de saúde

"Como também era seguido noutro sítio...no Centro de Doenças Pulmonares (...) sempre que era necessário...às vezes tínhamos que mudar a medicação...normalmente era sempre reduzir... havia contactos a esse nível. Depois, como não houve nenhuma complicação...não foi necessário, ao nível dos sintomas ou assim... falar alguma coisa." (E4)

"Na questão dos pensos, tivemos um problema grave desta ultima vez (...) foi uma loca que me abriu e eu pus-lhe o problema e ele chamou o médico de família. Portanto, eles estiveram a ver e disseram que era uma loca um bocado profunda e que era preferível o cirurgião saber (...). Mas tanto enfermeiro como o doutor disseram para fazer uma desinfeção e aguardar para que o cirurgião visse e dissesse o que é que se haveria de fazer." (E8)

"Já estou a fazer, até foi ela que me encaminhou e aconselhou a participar. Deu-me uma folha para preencher, eu preenchi e já estou a fazer (...) ainda me perguntou ontem se já estava a fazer, porque tinha outras grávidas que ainda não tinham sido chamadas, perguntou como estava a correr, se estava a gostar.... eu disse que sim, que já tinha começado... já ia na terceira sessão e estava a gostar muito...perguntou-se se tinha ficado com alguma dúvida....mas eu disse-lhe que não....que algumas coisas já tínhamos falado na consulta....mas a parte dos exercícios é muito gira." (E10) [relativamente ao Curso de Preparação para o Parto].

As parcerias são essenciais nos serviços de saúde, pois fornecem complementaridade e integração de cuidados, que melhoram as oportunidades, recursos e resultados em saúde, sendo que, mais uma vez, o enfermeiro de família se apresenta como elemento crucial no estabelecimento destas parcerias.

Prestação de Cuidados ao longo do Ciclo Vital dos Indivíduos/Famílias

O Enfermeiro de Família apresenta-se como entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados que vão desde a conceção até à morte. Para isso, realiza consultas de enfermagem específicas, que podem decorrer quer na unidade de saúde quer em ambiente domiciliário.

"Sou diabético há 43 anos, (...) tenho aqui uma consulta de meio em meio, 6 em 6 meses e quando eu preciso, como agora, também nasceu-me agora uma feridazinha entre os dedos, e como eu sou diabético venho cá fazer o penso diariamente." (E2)

"Somos diabéticos e de meio em meio ano somos controlado pelo enfermeiro" (E3)

"Primeiro comecei por causa de fazer....hummm... (...) por causa da pílula e essas coisas assim (...) o planejamento familiar e depois foi quando tive...fiquei grávida do meu primeiro filho e depois do meu segundo" (E5)

"Eles também quando foram lá a casa para medir...(...) Viu se os movimentos das pernas, se eles já se apoiavam, viu também a anca se estava tudo bem. Também...hummm...depois viu o livrinho o que é que dizia se tinha corrido tudo bem no parto e depois deu-me assistência a mim a ver se os pontos estavam bem e tudo." (E5)
[relacionado com a Visita domiciliária ao RN e puérpera]

"Eu vinha ca fazer os curativos...eu tinha uma chaga" (E6)

"Tive um tumor no intestino e tive, portanto fiz as cirurgias e depois tive que fazer os curativos aqui...tirar os pontos... tive azar que correu mal porque fui operado seis vezes" (E8)

"Neste momento é a gravidez (...) fazia o Planejamento e vinha também aquelas de acompanhar a criança....ahhh....a saúde infantil" (E9)

"Ela até já me falou em ir a minha casa quando o bebé nascer...para ver se está tudo bem connosco, se o bebé mama bem e se for preciso fazer o teste do pezinho" (E10)

Os cuidados específicos do Enfermeiro de Família encontram-se estipulados na Carteira Básica de Serviços que é aplicável a todas as USF. Nela, é preconizada a obrigatoriedade da existência de intervenções de enfermagem no âmbito da vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida através do cumprimento dos diferentes Programas Nacionais de Saúde no âmbito da Saúde da Mulher, Saúde do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente e Saúde do Adulto e do Idoso, incluindo o acompanhamento em situações de doença crónica.

Agente Promotor da Saúde e Prevenção da Doença

De acordo com o Enquadramento Concetual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, "os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação" (2002b, p.11). Este importante atributo, foi identificado no relato dos participantes:

"O enfermeiro de família é..como é que eu vou explicar...como é que eu vou explicar...o enfermeira de família...pronto...vem-nos ajudar à nossa saúde, não é? ajuda à minha saúde e à saúde de todos os utentes que vêm cá ao centro de saúde e a quem ela atender... Ajuda na saúde...no que for preciso.....no que for preciso à nossa saúde." (E2)

"ele diz sempre para a gente prevenir-se. Ainda agora...até com as unhas...a minha mulher sofre muito das unhas, até receitou um medicamento para botar...que aquilo desaparece e já fui comprar e ela já anda a deitar. E é assim...a gente faz o que eles mandam para ver se também melhora a nossa saúde" (E3)

As práticas do enfermeiro de família centram-se em ações de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, e evidenciam-se pelas suas atividades de educação para a saúde, manutenção e restabelecimento da saúde dos indivíduos e famílias.

Atividades de Educação para a Saúde

A Educação para a Saúde surge como um meio facilitador de preparar os indivíduos para um papel ativo nos seus processos de saúde/doença. Um dos seus principais objetivos é ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se, ainda, que as pessoas se sintam capazes para colaborarem nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

"Diz para a gente caminhar, e para evitar certas coisas de comer...e se a gente fuma, se bebe....por acaso nunca fumei, nem sou bebedor...e isso ajuda tudo..." (E3)

"na parte da alimentação, porque só dei peito nos primeiros meses, quando vieram as sopas e essas coisas assim, ela dizia o que é que se pode e o que é não se pode e o que se tem que dar em primeiro lugar e assim.... e eu acho que se não tivéssemos este apoio tínhamos muita vezes de ir ao hospital, porque eu pensava que se fazia a sopa e que se dava, mas não tem que se pôr uma coisa de cada vez, essas coisas assim (...). Depois também, quando tive que passar de dar de mamar para o leite, ela disse que eu tinha de primeiro ver se ele era alérgico a algum leite e assim....e qual eram os sintomas da alergia...se começasse o bebé a ficar com pitinhas na barriga para vir logo, que era a primeira coisa que aparecia, essas coisas e assim." (E5)

"ela informa-me sempre, neste caso da gravidez, o que é que eu vou passar mais para a frente, tira-me as dúvidas (...) Ainda hoje estávamos a falar do parto, do próprio parto que já está a chegar, falou da epidural, das contrações...dessas coisas assim..." (E9)

"não é aquela pressão que agora temos que medir as tensões ou temos fazer isto assim à pressa...não ela faz as coisas e explica o que está a fazer, por exemplo o teste que ela faz à urina por causa das infeções, ela explica o que são aquelas cores e assim a gente fica mais calma. Não é só chegar lá, ver e agora podes ir embora. Podia fazer isso...fazia o registo e íamos embora, mas não, ela explica e está sempre a pergunta se tenho dúvidas." (E9)

"É sempre uma mais valia....não mudei muita coisa no meu dia-a-dia mas ajuda-me a ter mais consciência. Por exemplo, ter uma alimentação mais saudável, eu já fazia isso, mas agora tenho que ter mais cuidado com alguns alimentos e é isso que eu estou a seguir mais à risca, consoante o que ela me vai dizendo." (E10)

"(...) fornece-me panfleto relativamente às semanas com que eu estou, Depois explica-me... vai-me explicando os itens dos cuidados a ter, do desenvolvimento do bebé, dos sinais de alarme, daquilo que posso sentir...e no fim pergunta-me se eu tenho alguma dúvida." (E10)

"No meu caso, sinto-me mais à vontade a fazer certas perguntas a ela porque é mulher do que propriamente ao médico que é homem.... mesmo no planeamento familiar sinto-me mais á vontade com ela apesar de com o senhor doutor não ter problemas nenhuns...depois o médico às vezes complica mais um bocadinho...com aquelas linguagens que são difíceis de entender....ela fala de forma mais simples, ficamos mais esclarecidos." (E10)

Através dos excertos encontrados acima, é possível verificar que os enfermeiros nas suas atividades de Educação cumprem o Enunciado Descritivo Promoção da Saúde dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2002b), que declara que o enfermeiro deve identificar as situações de saúde e os recursos do utente/família e crie oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e otimizar o trabalho adaptativo dos seus processos de vida, crescimento e desenvolvimento. Deve para isso, fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades no utente, sendo necessário valorizar as suas preocupações e derrubar barreiras existentes à aprendizagem, estando sensível a dúvidas e a encontrar estratégias facilitadoras da aprendizagem, nomeadamente a adequação a linguagem e a entrega de material de suporte.

Atividades de Manutenção

As atividades de manutenção são desenvolvidas pelos enfermeiros e visam a monitorização dos quadros clínicos crónicos permitindo aos utentes viverem vidas mais longas e saudáveis.

"sou diabética também...mas eu não tomo nada até agora...ele manda-me caminhar...o meu marido toma isso tudo, mas eu não...ele manda-me caminhar e eu caminho todos o dias" (E1)

" (...) também me faz....penso que é de meio em meio ano, mais ou menos, faz-me um controlo aos pés...também... se a gente...se a gente sente uma picadelazinha que ela faz, um..é tipo martelozinho também ali...ai faz...faz..um controlo também aos pés." (E2)

"Vê-nos os pés...tira as meias a ver se está bem... mede, pesa-nos na balança...vê as tensões...eu até vinha...porque as minhas tensões estavam um bocado altas, eu vinha aqui de 15 em 15 dias." (E3)

"(..) ele tem diabetes e ela ajudou-o bastante nisso....se calhar até ajudou mais o meu pai do que a mim...dizia-me «tens que lhe dar a volta e tal...para ele não comer certas coisas...ir com ele fazer umas caminhadas» e assim..." (E4)

Nas entrevistas foi possível identificar atividades inerentes ao acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla. Elas incluem a vigilância, aconselhamento e educação dos utentes e/ou familiares que necessitam de cuidados por um período longo de tempo e visam a promoção da aceitação do estado de saúde, da autovigilância e da gestão e adesão ao regime terapêutico. Para isso, é imprescindível o apoio ao desenvolvimento de competências de autocontrolo de doenças crónicas por parte dos utentes e seus familiares.

Atividades de Restabelecimento

As atividades de restabelecimento visam a recuperação das situações de doença aguda, a fim de prevenir complicações e promover a readaptação funcional dos utentes.

"(...) no ano passado andei à volta de 5 meses para cicatrizar aqui no pé direito e esta já vai em 3 meses e tal...aqui no esquerdo..." (E2)

"Ele vê-me..vê os meus pés...eu até tenho uns calitos e ele teve a limpá-los e a cortá-los e disse: "Oh Sr. V....você evite isto assim" (...) e a gente faz o que ele manda...ele está a olhar pela nossa vida e nós temos de fazer o que ele manda...porque senão não vale a pena a gente vir ao enfermeiro." (E3)

"houve uma altura em que me sentia um bocadinho mal de manhã quando tomava os medicamentos e ela deu-me um aconselhamento do que devia tomar antes de me deitar, o que ajudou..." (E4)

"ela explicava..eu uma vez perguntei "Oh M. é sempre gel, sempre gel..." e ela "é porque é preciso Sr. A., o gel vai puxar o podre que a ferida tem" (E6)

"Nos tratamentos ela está ali junto do doente. Também ao nível de feridas e assim, aconselha a melhorar os problemas de saúde do doente. (...) além de aconselhar acompanha os doentes a nível do tratamento, pronto, se for preciso que vir com mais frequência às consultas..acho que acompanha e preocupasse com isso." (E7)

Nestas atividades está inerente a execução dos planos terapêuticos, nomeadamente pela administração de medicamentos, realização de tratamentos, educação e apoio na reabilitação. Para isso, o enfermeiro deve apoiar o utente/família, no sentido da estabilização da situação e da adesão ao plano terapêutico, sendo a educação essencial para a recuperação e a promoção da saúde.

Gestor de Cuidados

A OE (2002a) identifica o enfermeiro de família como sendo o elemento de referência e gestor dos cuidados de enfermagem, articulando-se com a restante equipa multiprofissional para dar respostas às necessidades de saúde dos indivíduos/famílias.

"acho que no fundo é quem acaba por ter mais encargos e acaba por ajudar mais na solução...acaba por ser o enfermeiro...sem dúvida!" (E4)

"Eu acho que é uma pessoa que nos acompanha desde.... é como os meus filhos agora... vão ser acompanhados desde pequeninos até à idade adulta pela mesma pessoa....aquela pessoa sabe tudo da saúde deles.... e se houver algum problema é ela a quem eles vão recorrer...que eu vou recorrer para saber...o que é que eu hei de fazer" (E5)

Como já foi referido o enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa multiprofissional, estando no centro dos cuidados através da utilização de estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz com todos os intervenientes no processo de cuidados e na elaboração e execução de planos nos quais participa de forma contínua e sistemática.

Ao longo das entrevistas, os participantes identificaram os enfermeiros de família como sendo o seu primeiro recurso na procura de cuidados, apresentando-se como um

profissional que demonstra um exercício seguro, responsável e com consciência do seu âmbito de intervenção.

Encaminhamento dos Cuidados

O enfermeiro de família assume-se como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, que passam pela avaliação e consequente encaminhamento da situação.

"O enfermeiro de família é muito bom para nós....porque nas condições que nós estamos...em que a gente vê...que realmente não está bem...ele explica o que a gente ade fazer e como ade fazer e indica para dizer à médica certos medicamentos que a gente precisa" (E2)

"ele faz tudo o que está no alcance dele e se houver problemas ele manda-me para a médica." (E3)

" (...) ela tem um papel muito importante...porque é assim, é dizer «olha tu podes fazer isto ou é melhor ires ao médico para ver o que é que tem»....por exemplo, eu venho muitas vezes por causa do E., às vezes aparecem-lhe pintinhas e às vezes nem é nada... é só o sol ou assim... (...) acho que é o nosso bracinho...nós chegamos aqui e temos sempre o apoio" (E5)

Pelas narrativas, observa-se que o enfermeiro de família é visto como um profissional de confiança, dotado de conhecimentos que permitem resolver as situações, e de consciência profissional, promotora da referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde.

Cuidados Contínuos e Individualizados

Ao longo das entrevistas, foram vários os relatos que evidenciaram o enfermeiro de família como sendo o promotor da continuidade de cuidados.

" (...) e escreve, vê no computador...vê se a gente, de uma vez para a outra, se a gente estamos melhor ou se a gente esta pior e diz que até aqui tem-se mantido mais ou menos...e que somos.... já desta idade...que não está assim muito avançado, quer a diabetes, o colesterol...a tensão é que está assim...um bocado alta..." (E3)

"saber que...pronto...que a enfermeira S. é a minha enfermeira de família e tê-la quase sempre ali...acho que foi importante ...ter sempre ali continuamente uma pessoa que já nos conhece" (E4)

"sentimo-nos muito mais á vontade para falar com essa pessoa...mesmo se tivermos algum problema nosso, acho que nos sentimos mais à vontade a falar, do que por exemplo ser hoje um e amanhã outro...e mesmo também ela está habituada a nós...já sabe mais ou menos como é que nós somos... se calhar, se nós chegarmos aqui com uma cara, ela já sabe que temos algum problema... já é habitual.... agora se for alguma pessoa nova cada vez que vimos aqui...nem nós nos sentimos tão à vontade, nem a pessoa nos consegue dar, se calhar, a atenção que é merecida." (E5)

"ela sabe como é que ficou da outra vez e como é que ade tratar...para começar a ser sempre coisa dela...porque quando um homem começa uma obra e depois vem outro a meio fazer alguma coisa e depois vem outro fazer alguma coisa...no fim sai tudo escangalhado...e a culpa nunca é de ninguém...assim ela é que era a responsável estava sempre a par...eu também não queria que fosse mais ninguém queria que fosse ela, porque ela sabe como é que deixou e depois vai ver e tal...vê se melhorou, se não melhorou...assim já vê a maneira como é que vai deitar o remédio. Uma vez foi uma que anda aí que nem sei como é que ela se chama, e fez-me uma curativo, porque a M. tinha saído e pediu-lhe a ela...mas eu não gostei....podia ter feito o melhor...mas não fez como ela fez...e eu gostava que ela fizesse igual à M. mas ela não fez como ela fez...colocou outro em vez do gel e mesmo o penso pôs diferente" (E6)

"Ela já conhece, quem tiver problemas, no meu caso está a correr bem, mas ela já sabe, não é necessário estar sempre a dizer a mesma coisa. Se esta semana fosse uma e para a semana fosse outra, tínhamos que estar sempre dizer outra vez tudo para trás. Assim não, ela já nos segue, ela já nos conhece...até o próprio peso...tudo bem que está registado...mas sendo sempre a mesma ela já olha para nós e vê se estamos melhor ou piores, acho que o seguimento sempre na mesma enfermeira é muito bom." (E9)

"é isso que tem que ser um enfermeiro de família... é a gente chegar lá e sermos, entre aspas, da família, nós já nos conhecemos. Porque se a gente formos ao hospital pode ser qualquer médico e não há aquela ligação, ele vê qual é a nossa doença hoje, enquanto que o médico ou enfermeiro de família já conhece as doenças que a gente teve, avalia o que é que pode ser, mas o mais importante é que já nos conhece a nós, não só as nossas doenças, mas a nós!" (E9)

A continuidade de cuidados é considerada como uma componente essencial na oferta de bons cuidados de saúde, pois contribui para melhores resultados em saúde e para a eficiência dos cuidados. Através dela é possível promover o conhecimento e a confiança entre enfermeiro-utente, o que melhora a qualidade assistencial e se traduz em elevados níveis de satisfação.

Família como Foco dos Cuidados

O foco de cuidados do enfermeiro de família deve ser prioritariamente a família, considerando-a como uma unidade a quem presta cuidados específicos nas diferentes fases do seu ciclo de vida. Os participantes deste estudo relataram situações, onde se pode observar a forma como família era envolvida nos cuidados.

"a minha mulher em princípio ainda vinha...agora não vem porque...eu...ora bem...já ando aqui à tantos anos...uma pessoa vai-se habituando...." (E2)

"(...) passou a conhecer os meus familiares...ela até já mandou um recado para a minha mãe que ela tinha que fazer uma consulta daquelas de rotina e tal..."a tua mãe tem de vir aqui fazer isto...tenho de a marcar na minha lista e tal" e pronto passei-lhe a mensagem e acho que até já veio no mês passado." (E4)

"quando eu engravidei da I. ela tomou atenção também muito ao E....dizia para nós dar muita atenção...para tentar explicar que vinha uma pessoa nova." (E5)

"Falava para os dois....e mesmo diz "Oh papá agora és tu.. anda cá tirar a roupa"...fala para os dois e quando é qualquer coisa sobre algum medicamento...alguma coisa fala sempre para os dois.... porque ela também me ajudou quando foi assim as unhas, o protetor solar... essas coisas... e fala para os dois.... fala sempre.... não fala diretamente para a mãe." (E5)

"Para mim um enfermeiro de família é muito bom...porque há uma certa amizade....começa a entrar uma certa amizade...começa a conhecer o coiso da família, o que cada família sofre...cada uns têm as suas telhas, está a compreender?....e começa a penetrar na família e a fazer já parte da família e isso é muito bom." (E6)

" O enfermeiro de família segue-nos e já nos conhece, tem aquela ligação e sabe quais são os nossos problemas." (E9)

"Sim, ela pergunta...ela sabia que eu e o meu marido não estávamos muito de acordo com os nomes e então, ainda hoje perguntou "já escolheram os nomes? já se decidiram?"...Normalmente pergunta sobre a família, falamos sobre do meu marido..." (E10)

Em todos os relatos dos participantes, denota-se uma preocupação dos enfermeiros em conhecer e envolver a família nos cuidados, no entanto, só numa entrevista foram identificadas intervenções que visaram unidade familiar. Nas restantes, observou-se que o enfoque dos enfermeiros da prática clínica é, essencialmente, na

abordagem da família como contexto. Nesta abordagem, o enfermeiro concentra-se na avaliação e nos cuidados ao utente e a família surge como o contexto, apresentando-se quer como um recurso quer como um fator de stresse para a sua saúde/doença.

Contudo, foi também notório nos testemunhos de alguns participantes, quando questionados sobre a sua conceção de enfermeiro de família, a noção de que é um profissional que cuida da família, estabelecendo uma relação com ela que se traduz num maior conhecimento dos seus hábitos e problemas.

Estilo Colaborativo na Prestação dos Cuidados

Os cuidados do enfermeiro de família devem ser executados sob uma filosofia de cuidados colaborativos, onde se preconiza a participação dos utente/famílias no planeamento e na execução das intervenções

Para o sucesso das suas intervenções, o enfermeiro de família deve respeitar as potencialidades dos utentes/famílias e dar apoio no sentido de ela encontrar as suas próprias soluções nos problemas identificados.

"ele puxa pela gente...se a gente está bem ou se não está...e gosta que a gente mantenha-se bom...diz ele: "é bom para vocês e é bom para nós porque não temos tanto trabalho"; diz ele: "vocês estão a fazer pela vida e a gente também gosta de contribuir". Ele lá nisso é um enfermeiro fantástico que temos aqui." (E3)

"para mim foi ótimo...porque acho que se por um lado tivesse sido mais rígido...já me custava um bocadinho vir aqui todos os dias, mas se tivesse sido mais rígido...por exemplo se tivesse que ser aquele horário sempre todos os dias naquela hora...para mim ia ser mais difícil...eu tinha uns dias que vinha mais cedo, outros dias que vinha mais tarde, acho que foi importante." (E4)

"Acho que ter sempre uma pessoa que esteja à vontade com a pessoa, ou seja o enfermeiro com o doente ou o doente com o enfermeiro, eu acho que as coisas dão mais certo. (...) ele estava sempre atento às coisas, e depois é uma pessoa que...eu uma vez disse "Oh Sr. enfermeiro eu estou a vir aqui todos os dias, não acha que é melhor eu começar a vir, dia sim dia não, ou duas vezes por semana?" e ele disse "eu estava a pensar nisso, até era para lhe por essa hipótese, se você aceitava...porque a gente estar a mexer neste buraquinho...pior...porque é uma loca...se você aceitar começa a vir duas vezes por semana" e eu comecei a vir." (E8)

Para que isto aconteça, preconiza-se o estabelecimento de uma parceria realizada de forma competente, congruente e empática, na partilha de sentimentos e experiências.

Nas entrevistas, conseguiu-se identificar a presença de algumas das características deste estilo colaborativo, que deram origem a duas subcategorias: Estabelecimento de uma Parceria e Respeito pela Experiência do Utente/Família.

Estabelecimento de uma Parceria

Uma das características identificadas na análise de conteúdo das entrevistas foi o estabelecimento da importante relação de parceria entre enfermeiro de família e o utente para o sucesso dos cuidados.

" (...) ela tentava marcar para a hora que tivesse livre...mas eu também tinha...havia dias no meu horário da faculdade...Às vezes entro as 8h outras vezes às 9h, e ela era muito compreensiva...as vezes quando me via de manhã cedo...ela tentava despachar-me depressa...outras vezes eu adormecia e só aparecia ao meio dia...pronto...hum...ela também me atendia sempre...foi um bocado como um acordo que fizemos...o que facilitou o tratamento." (E4)

A parceria de cuidados em saúde ocorre quando existe uma predisposição de ambas as partes, para uma adesão a todo o processo de cuidados e o seu sucesso advém da presença de uma relação baseada na compreensão e na confiança.

Respeito pela Experiência do Utente/Família

O respeito pela experiência do utente/família é outra característica inerente ao sucesso do estabelecimento de uma relação colaborativa. Ao longo das entrevistas, foi evidente a sua presença.

"ela tinha sempre a noção que eu já tenha tido um filho mas explicava na mesma as coisas... porque eu podia não ter me apercebido disso na gravidez do E. ou ser uma coisa diferente, mas ela nunca implantou assim: "é assim e tem que ser assim feito"...mas explicou outra vez as coisas, porque à muita coisa que nós vamos esquecendo e que mudam."(E5)

"Ele sabia que eu era alérgico á penicilina, mas eu falava sempre, às vezes ele até me dizia assim, "hoje vou-te meter um penso"...era um penso que não sei como é que se chama aquilo, era um que entrava dentro da ferida e ficava um bocadinho de fora?! E depois meteu aquele penso impermeável para eu poder tomar banho e eu "Oh Sr. enfermeiro isso não tem penicilina?" e ele "não, esteja descansado que eu já sei que você é alérgico á penicilina mas convém você referir sempre isso, por pode passar" (E8)

"Sim, ela pergunta-me sempre como é que foi a primeira experiencia, porque há pessoas a quem não corre tão bem....ela falou-me no receio de estar nervosa....para eu ter calma, lá por saber não quer dizer que vá estar mais calma...mas...vamos lá ver como é que corre..." (E9)

O respeito pelo outro é um dos princípios fundamentais em qualquer interação com o outro. O sucesso de uma relação de estilo colaborativo é imprescindível que o enfermeiro explore as experiências dos utentes, explore as suas opiniões, a fim de o ajudar a encontrar as suas próprias soluções. Para isso, é fundamental o respeito mútuo entre os intervenientes de uma relação, o que fomenta o estabelecimento de uma relação de confiança e a consolidação de laços entre as pessoas.

Estabelecimento de uma Relação Potenciadora das Forças do Utente/Família

O estabelecimento de uma boa relação entre enfermeiros e utentes é imprescindível para o sucesso das suas intervenções.

Na enfermagem com famílias esta relação deve ser potenciadora das suas forças, ou seja, deve sublinhar as suas forças, os seus recursos e as suas competências. Para que isso ocorra, o enfermeiro de família deve utilizar estratégias que permitam o desenvolvimento de uma relação que crie sentimentos de "segurança", "confiança", "estabilidade" e "suporte/apoio".

"Acho que ter sempre uma pessoa que esteja à vontade com a pessoa, ou seja o enfermeiro com o doente ou o doente com o enfermeiro, eu acho que as coisas dão mais certo." (E8)

Ao longo das entrevistas denotou-se que a presença desta relação, sendo que foi possível identificar que a utilização de algumas estratégias que promovem o estabelecimento de uma relação potenciadora das forças do utente/família.

Elogio

O elogio é uma observação de comportamentos que ocorre com o tempo, ou seja, quando elogia, o enfermeiro reforça a ocorrência de um comportamento de procura de saúde padronizado.

"Ele diz que nós temos sido dos melhores doentes aqui do posto, porque a gente também faz pela vida...vamos todos os dias caminhar e na alimentação tempos sempre cautela." (E3)

Os utentes que interiorizam os elogios recebidos pelos enfermeiros são mais recetivos e confiantes no relacionamento com os enfermeiros e tendem a interiorizar, prontamente, as opiniões e conselhos fornecidos (Wright & Leahey, 2009)..

Conversas Terapêuticas

Toda a interação humana ocorre nas conversas. Os enfermeiros, quotidianamente, participam em conversas terapêuticas com os seus utentes, sem talvez pensarem nelas como tais (Wright & Leahey, 2009). Ao longo das entrevistas, foram vários os participantes que identificaram as conversas como um momento importante para o estabelecimento de uma relação de confiança.

"Ele é um enfermeiro espetáculo. Explica bem e gosta disto, conversa bem..." (E3)

"fico muito á vontade com ela, acho que como já estava habituada e acho que não tenho problema nenhum em contar-lhe as coisas....e ela é uma pessoa muito aberta e faladora e acho que muito simpática" (E5)

"nós temos uma relação, acho eu muito próxima, muito chegada, nós falamos muito sobre tudo....não estamos ali meia hora, mas enquanto está a fazer o penso falamos disto e noutro dia falamos de outra coisa." (E8)

Os enfermeiros são profissionais socialmente capacitados e têm o privilégio de gerar saúde nas suas conversas com os utentes, pois nenhuma conversação entre enfermeiro-utente é trivial.

O enfermeiro deve ser dotado da capacidade de ouvir, sendo que ouvir é mais do que uma arte, é uma prática ética. Ao ouvir as histórias dos seus utentes, o enfermeiro tem a obrigação de resolver quaisquer preocupações ou problemas encontrados (Wright & Leahey, 2009).

Boas Maneiras

Ao longo das narrativas foram vários os relatos de educação, delicadeza e cortesia presentes nos cuidados do enfermeiro de família.

"ele é novo e não chateia...todo bem disposto...vai-nos chamar e a gente chega aqui «ola, bom dia ou boa tarde»" (E1)

" (...) a malta até diz que o enfermeiro que gosta mais é dele...é muito mesmo simpático e fala bem para as pessoas...explica bem" (E3)

"haver alguma simpatia e compreensão...acho que também é importante..." (E4)

"aqui, para agora, por aquilo que eu vejo nunca vi assim pessoas rudes nem nada disso...acho que estão sempre atentos" (E5)

"a maneira como ela me tratava...sempre a rir-se, sempre a falar comigo (...)sempre muito agradável, muito agradável...e logo que me visse aqui....eu era logo...logo que chegasse ao postigo, ela já me estava...dizia «oh Sr. A. espere que vai já»" (E6)

"É um tipo muito atencioso, muito amigável, consciencioso, pronto....para mim é um enfermeiro bom." (E8)

As boas maneiras são a essência do comportamento social comum diário, e como se pode observar, consistem em pequenos atos de cortesia simples, mas profundos de gentileza, respeito e amabilidade. A presença de boas maneiras tem o efeito de instalar a confiança nos utentes (Wright & Leahey, 2009).

A utilização das estratégias anteriores fomenta o desenvolvimento de sentimentos como segurança/confiança e suporte/apoio, que foram identificados nas narrativas dos participantes.

Suporte/Apoio

Ao longo das entrevistas, o enfermeiro de família surgiu como sendo um profissional que ajuda os utentes a resolver os seus problemas, a reduzir o stresse e a ansiedade e a adquirir a compreensão da sua situação.

"Sim assusta muito...ao principio eu vinha com a minha mãe todos os dias...ela falava com ela e tal e ela tentava acalma-la: "Não é nada de especial...não se preocupe com isso" (E4)

"(...) acho que ela também tem a preocupação com os doentes, a situação em se encontram ou que não encontram e tenta ajudar sempre da melhor maneira possível." (E7)

"Falávamos muito mais sobre a minha doença, sobre se eu ia ficar bom ou não...portanto havia sempre aquelas coisas que eu tinha duvidas e então perguntava-lhe a ele, "oh Sr. enfermeiro o que é que você pensa sobre isto? vou ficar bom? não vou? o que aconselha a fazer?"...pronto houve sempre um bom ambiente com o enfermeiro" (E8)

Para o estabelecimento de uma relação de suporte/apoio, é essencial a criação de um ambiente terapêutico que proporcione conforto e ajuda. Para isso, o enfermeiro deve fornecer informações, apoiar o utente na sua tomada de decisão afetiva e criar-lhe oportunidades de convívio.

Confiança/Segurança

As relações de confiança e segurança são relações que se vão construindo e fortalecendo ao longo do tempo.

"é uma excelente enfermeira...não tenho....aliás...aliás...parece que todas elas são boas, mas como eu lido diariamente com a enfermeira R., ela é 100% ...de uma enfermeira." (E2)

" (...) estamos satisfeitos...não posso dizer mal do homem...porque ele é muito simpático e explica bem as coisas e está muito ativo da gente e diz: "Vocês fazem pela vida...façam caminhadas, evitem certas comidas....poucas carnes..mais assim carnes brancas"...ele explica-nos tudo...é quase como se fosse um doutor a explicar." (E3)

"Senti mesmo que ela estava aqui para ajudar e foi sempre bastante simpática." (E4)

"a gente também já sabe, quando vai à enfermeira, que ela é assim, vai ser assim, até termos a criança já nos vamos ambientando... já sabe que é aquela enfermeira, como é que ela lida, acho que é outra ligação, mais dedicada, pronto... já um "membro da família". É uma pessoa conhecida..nos outros lados a gente não conhece os enfermeiros de lado nenhum e aqui a gente já sabe que é esta enfermeira...já a conhecemos, já a tratamos...não por tu...mas a bem dizer como um amigo." (E9)

"Sentimo-nos mais seguras, mais à vontade, ela já nos acompanha desde o início.... temos mais à vontade com ela!!! Se estivesse sempre a mudar, se calhar não estávamos tão abertos...mesmo para os enfermeiros é melhor...pois podiam não saber o que o anterior me tinha dito, podiam repetir informação, assim há um melhor acompanhamento." (E10)

A relação que os enfermeiros estabelecem com os utentes, conforme os participantes descrevem, é uma relação que se vai construindo ao longo do tempo, pois requer tempo, dedicação, disponibilidade e um processo de comunicação eficaz e verdadeiramente isenta de juízos de valor e recriminações, para que se estabeleça uma relação de maior proximidade baseada na confiança e no respeito.

DIMENSÃO 3 - EFETIVAÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Em Portugal, os CSP constituem -se como a base de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, sendo que a sua reforma está orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde.

É neste contexto que surge a figura do enfermeiro de família, declarado como sendo um profissional que contribui para a promoção da saúde individual, familiar e coletiva e que possui um papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem que visam potencializar a saúde do indivíduo no contexto familiar.

Esta dimensão surge na consequência da efetivação do enfermeiro de família nas USF. Ao longo das entrevistas foram identificados os aspetos positivos e negativos resultantes do contacto com o enfermeiro de família.

Aspetos Positivos

Os aspetos positivos são pontos favoráveis resultantes da relação entre enfermeiro de família e o utente e que favorecem a procura dos cuidados de enfermagem.

Pontualidade

Ao longo das entrevistas foram várias as narrativas que enalteceram a pontualidade presente nos cuidados do enfermeiro de família.

"ele é pontual...a gente é chamado logo à hora...lá nisso é pontual..." (E3)

"Vinha duas vezes por semana, vinha à terça e à sexta...aquilo era matemático, chego aqui à horinha...vou ao guiché dizer que estou e passado um bocado sou atendido." (E6)

"Eram pontuais e muito atenciosos. Pronto, acho que na hora que estava marcado, normalmente eu vinha sempre mais cedo (...) eu chegava, apresentava o cartão na secretaria e esperava ali á entrada e ele ia andando e às vezes saía cá fora e dizia «Sr. J. está na sua vez, venha cá»" (E8)

O dever da pontualidade é basilar em qualquer relação de trabalho, pelo que a verificação do seu cumprimento tem de ser sempre encarada como uma medida imprescindível à boa gestão das instituições. A falta de rigor na pontualidade pode conduzir, designadamente, a deficiências e atrasos na prestação de cuidados de saúde, bem como à eventual deterioração da relação entre enfermeiro e utentes.

Satisfação

Entende-se por satisfação do utente, o conjunto variado de reações face à experiência dos cuidados de saúde.

"Já de há uns aninhos para cá isto é uma maravilha...funciona bem...pelo menos aqui na nossa área...porque a gente...eu vejo na televisão em certos sítios ainda é como era aqui...agora não... aqui esta bem controlado...esta sim senhor" (E2)

"O enfermeiro de família é muito bom para nós" (E3)

"Saber que...pronto...que a enfermeira S. é a minha enfermeira de família e tê-la quase sempre ali...acho que foi importante. É uma pessoa com quem eu conto e isso é importante." (E4)

"Para mim um enfermeiro de família é muito bom...porque há uma certa amizade....começa a entrar uma certa amizade." (E6)

"(...) a atual organização acaba por favorecer os cuidados!" (E8)

"eu gosto dela, gosto de ser acompanhada por ela....está sempre disponível, preocupa-se em saber se estou bem, se tenho dúvidas...as consultas são pontuais.... não ando no privado, só sou seguida no publico e gosto de vir as consultas, sinto-me bem acompanhada e sou sempre esclarecida de como está a minha gravidez." (E10)

Ao longo das entrevistas, os participantes demonstraram satisfação pela existência do Enfermeiro de Família na USF, focando-o como um amigo, uma pessoa com que podiam contar, disponível e importante no acesso aos cuidados de saúde.

A satisfação dos utentes com o atendimento contribui para a melhoria da sua qualidade de vida pois promove quer a adesão ao tratamento, quer a continuidade na utilização dos serviços.

Por outro lado, considerando que a satisfação é um indicador de qualidade, observa-se que a presença do enfermeiro de família conduz ao aumento da qualidade dos cuidados de saúde, sendo esses caracterizados por um trabalho contínuo, coordenado e integrado, onde predomina a efetividade, proximidade e acessibilidade.

Flexibilidade no horário de atendimento

Durante as entrevistas, alguns participantes referiam a possibilidade que tinham em selecionar um horário que lhes fosse favorável para a aquisição de cuidados de saúde.

"aqui na questão do horário ate são muito boas...porque elas dizem...e estou a falar por mim...«oh Sr. M., como é pode vir a esta hora ou tem algum...», por exemplo...eu às vezes digo-lhe assim: «oh R. eu tenho de ir buscar o meu neto à escola ou levar» e ela

pronto muda-me para outro horário...portanto eu ai não tenho nada a propor... porque ela poem-me sempre à disposição esses horários." (E2)

"a flexibilidade de horários...isso era totalmente flexível....vou ser sincero" (E4)

"É ela que marca sempre e tem sempre atenção aos meus horários. Eu peço sempre para ser na hora do almoço, que é para perder menos tempo no trabalho e ela tem sempre essa atenção, eu sei que não pode ser tudo como a gente quer, mas ela tem essa atenção de não marcar a qualquer hora, também tem em consideração o que dá mais jeito ao doente." (E9)

A flexibilidade de horários está intrinsecamente ligada ao compromisso assistencial que as USF assumem. O compromisso assistencial deve indicar, entre outros pontos, os horários de funcionamento da USF e a definição do sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes. Sendo a missão das USF a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, a fim de se garantir a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, é necessário que as USF apresentem horários de funcionamento alargados e flexíveis que vão ao encontro das necessidades das suas populações.

Aspetos Negativos

Os aspetos negativos são pontos que prejudicam a relação do enfermeiro de família com o utente.

Ao longo das entrevistas só foi encontrada uma única situação que pode pôr em causa a procura dos cuidados de enfermagem por parte dos utentes, emergindo a subcategoria que se segue.

Taxas moderadoras nos cuidados de enfermagem

As taxas moderadoras de acesso aos serviços de saúde constituem pagamentos de valores em dinheiro. Durante anos, os serviços de enfermagem foram gratuitos, sendo que, face à conjuntura atual do país, em 2012 essa situação foi revista e foram aplicadas taxas às consultas e atos desenvolvidos pelos enfermeiros.

Esta situação foi identificada pelos participantes como algo negativo e que pode conduzir ao afastamento dos utentes dos cuidados de enfermagem.

" (...) porque as minhas tensões estavam um bocado altas, eu vinha aqui de 15 em 15 dias...mas agora para vir aqui ver a tensão eles querem 4€ eu disse à médica..."então

como é isso??" (...) não...eu deixei...por 4€ de cada vez...vou à farmácia que é mais barato...então aqui levam 4€" (E3)

"sim...acho que podem afetar...e se calhar sendo os cuidados de enfermagem...sendo um cuidado....primário...pode afetar...que não havendo esse cuidado pode agravar para coisas piores...acho que afeta e é grave...é grave. As taxas moderadoras acabam por entrar em conflito com os cuidados" (E4)

"embora não seja muito mas hoje o dinheiro é pouco...falo por mim e falo por outros como eu...porque os ricos não vêm para aqui....dificulta e eu acho que isso é um roubo...mas pronto... não sou governante" (E6)

A aplicação de taxas moderadoras nos cuidados de enfermagem foi algo controverso. Na altura, o Bastonário da OE veio a público defender a o fim das taxas moderadoras nos cuidados de enfermagem, em especial no CSP, por esses se apresentarem como a *porta de entrada no sistema de saúde*. Por outro lado, reforçou que ao se limitar o acesso aos cuidados de saúde à capacidade financeira de cada um, iria defraudar o espírito com que foi criado o Serviço Nacional de Saúde, baseado na universalidade ao acesso a cuidados de qualidade, na equidade e na solidariedade.

2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela análise e interpretação das entrevistas dos participantes intervenientes no estudo, foram evidenciadas três grandes dimensões, constituídas por categorias e subcategorias, que permitiram caracterizar a percepção dos utentes de uma USF no que concerne aos cuidados do enfermeiro de família.

Na primeira dimensão, **Organização dos Cuidados de Saúde**, surge como categoria o **Reconhecimento do Enfermeiro de Família**.

Nesta categoria, foi possível perceber a sensibilidade dos utentes face à nova organização dos CSP, ao identificar-se a presença de mudanças nos serviços de enfermagem, como é o caso da atribuição do enfermeiro de família.

O Decreto-lei 298/2007, de 22 de agosto estabelece, o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, encontrando-se preconizado que a cada enfermeiro devem ser atribuídos os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica, em vez da tradicional disposição por ficheiros do médico de família, vigente na anterior organização dos centros de saúde (Barbieri, 2011).

A metodologia do enfermeiro de família por área geográfica permite ao enfermeiro trabalhar com as famílias, tendo por base o atual conceito de família, que não a limita aos laços de sangue, casamento e legais, mas compreende-a como um grupo cujas relações são baseadas na confiança, no suporte mútuo e num destino comum (Hanson, 2005). Manuel Brás (OE, 2013) refere que o principal beneficiado com esta metodologia será o utente enquanto centro das atenções dos cuidados, pois para além de serem rentabilizados recursos humanos e materiais, esta metodologia permite responder de forma mais atempada, personalizada, integrada e com maior rigor às necessidades de saúde do próprio e da sua família.

Para além disso, a distribuição de famílias por área geográfica permite descentralizar a visão, predominantemente, biomédica dos cuidados de saúde, que é mais notória na distribuição por ficheiros clínicos de acordo com os médicos de família, e que Silva (2009) reconhece como ameaça externa à efetivação do enfermeiro de família.

Apesar da USF onde se desenvolveu o estudo possuir seis anos de funcionamento, observou-se nas entrevistas que muitos dos participantes desconheciam a existência desta figura nos CSP até ao momento em que necessitaram de cuidados de enfermagem.

Na análise de conceito de *Enfermeiro de Família* realizada, um dos antecedentes identificados foi a existência de Políticas de Saúde que efetivem a Cultura do Enfermeiro de Família, onde se defende ser necessário processos de tomada de decisão política em

relação à efetivação desta figura, como o profissional de saúde com a visão integradora necessária para a liderança dos CSP. Neste sentido, recentemente, foi aprovada a legislação que regula o modelo do Enfermeiro de Família, através do Decreto-lei 118/2014 de 5 de agosto, que estabelece os princípios e o enquadramento da sua atividade. De acordo com o referido Decreto-lei, o "enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado numa equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade" (p.4070), nomeadamente nas USF e nas UCSP.

No entanto, Santos (2012) salienta um aspeto importante quando observou, no seu estudo, que a imagem tradicional dos enfermeiros como competentes apenas em tarefas que são delegadas pelos médicos ainda permanece em alguns dos discursos das famílias. O facto dos utentes/famíliais não possuírem uma ideia clara quanto às competências do enfermeiro de família constitui um obstáculo à prática de enfermagem junto das famílias, uma vez que ao não reconhecê-las, os utentes não darão crédito à sua intervenção e por isso não o procuram. A autora refere que faz todo o sentido a implementação de estratégias de *marketing* junto das comunidades, promovendo o papel do enfermeiro de família como profissional habilitado e competente para zelar pela saúde da família e do indivíduo simultaneamente.

A segunda dimensão, **Atributos do Enfermeiro de Família**, engloba como categorias o Elemento inserido numa Equipa Multidisciplinar; os Cuidados ao longo do Ciclo Vital dos Indivíduos e Famílias; o Agente Promotor da Saúde e Prevenção da Doença; o Gestor de Cuidados; a Família como Foco dos Cuidados; o Estilo Colaborativo na Prestação dos Cuidados e o Estabelecimento de uma Relação Potenciadora.

Ao longo das entrevistas, foram narradas várias situações que identificam o enfermeiro de família como um **elemento inserido numa equipa multidisciplinar**. No seu estudo, Neves (2012) conclui que o papel do enfermeiro de família na equipa multidisciplinar surge pouco explícito, com tendência a uma perceção estereotipada pelos outros profissionais. No entanto, tal como foi percecionado ao longo das entrevistas, a mesma autora refere que começam a emergir algumas expectativas por parte dos utentes que o entendem como facilitador no acesso aos cuidados, valorizando as suas competências relacionais e culturais. Isto demonstra que o reconhecimento do enfermeiro de família vai ocorrendo à medida que o seu papel vai sendo melhor compreendido no seio da equipa e entre os utentes.

Desta categoria emergiram as subcategorias da comunicação entre pares, da comunicação multiprofissional e da comunicação com outros parceiros/instituições de saúde. Tal situação vem corroborar com outro dos resultados de estudo de Neves (2012),

que indica que o sucesso de um bom trabalho em equipa nos CSP exige a presença, entre outras características, da comunicação como condição *sine qua non*. Esta permite a manutenção da coesão da equipa e a existência de um trabalho colaborativo. É entendida como estímulo para a cooperação e partilha, sendo essencial para racionalizar abordagens aos cuidados, reduzir a duplicação de esforços e rentabilizar competências (Neves, 2012).

As USF apresentam uma Carteira Básica de Serviços, que se encontra regulada pela Portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro, e que preconiza a existência de intervenções de enfermagem no âmbito da vigilância da saúde e da prevenção da doença nas diversas fases da vida. Desta ideologia emergiu a categoria dos **cuidados ao longo do ciclo vital dos indivíduos/famílias**, sendo que nas narrativas dos participantes foram identificadas intervenções do enfermeiro de família no âmbito dos diferentes programas de saúde, nomeadamente Saúde Materna, Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar e de Saúde Infantil e Juvenil. Observou-se, também, que alguns participantes procuram os cuidados do enfermeiro de família por motivos de doença crónica, nomeadamente vigilância da sua diabetes *Mellitus*; aguda, para tratamento de feridas ou úlceras; e para prestação de cuidados em interligação e colaboração em rede com outros serviços, encontrando-se estes serviços estabelecidos na carteira básica.

Para prestação de cuidados ao longo do ciclo vital dos indivíduos, o enfermeiro realiza consultas de enfermagem específicas que podem decorrer quer na unidade de saúde, quer em ambiente domiciliário, sendo o exemplo das narrativas a visita domiciliária ao recém-nascido e à puérpera. A visita domiciliária surge da indispensabilidade de um conhecimento integral e realista do meio físico, familiar e social onde a família se insere e demonstra ser o contexto ideal para o desenvolvimento de uma relação efetiva entre o enfermeiro e a família (OE, 2002a; Freitas, 2009). O domicílio é o ambiente que melhor permite conhecer e compreender a família, assim como as suas necessidades de cuidado, uma vez que nele os membros da família conseguem mais facilmente expressar as suas crenças, práticas e valores sobre a saúde e doença e até questionar as práticas providenciadas pelos profissionais (Ângelo, 1999).

A **relação estabelecida com os utentes/famílias deve ter ênfase no estilo colaborativo**, respeitando as potencialidades dos utentes e suas famílias e dando-lhes apoio no sentido de ele encontrar as suas próprias soluções para os problemas identificados (OE, 2002a). Torna-se necessário portanto, que os enfermeiros de família estabeleçam com os utentes uma relação de parceria, o que de acordo com Galant *et al* (2002), lhes exige uma série de competências como o estabelecimento de uma relação de confiança, ser verdadeiro, saber escutar, possuir abertura na comunicação, elogiar as

forças da família, empatia, respeito, apoio, disponibilidade e a partilha de informação e conhecimentos.

Os depoimentos dos participantes demonstraram a presença desde estilo colaborativo, evidenciando-se a tão importante relação de parceria e o respeito pelas suas experiências. Em consonância, nos testemunhos dos participantes, é visível o **estabelecimento de uma relação potenciadora** das forças do utente/família, que lhes possibilita o aumento da autonomia, através de reforços que sublinham os seus recursos, as suas forças e as suas competências. Observou-se o recurso aos elogios, às conversas terapêuticas e às boas maneiras como estratégias para o sucesso deste estabelecimento, sendo estas, de acordo com Wright & Leahey (2009), ingredientes-chave para a avaliação e intervenção familiar.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente/família é única e permite a prestação de cuidados globais, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade, assentes numa relação de ajuda de maior confiança que cria sentimentos de “segurança”, “estabilidade”, “suporte/apoio” por parte dos utentes/famílias (Silva & Abreu, 2012). Denota-se, assim, que o exercício profissional da enfermagem deve centrar-se, fundamentalmente, no relacionamento interpessoal entre um enfermeiro e o utente/famílias, sendo que este se desenvolve através de atitudes humanizantes.

Ao longo de todos os seus contactos com os utentes, o enfermeiro assume-se como **agente promotor da saúde e prevenção da doença**, estando perceptível nos testemunhos dos participantes as suas atividades de educação para a saúde, de manutenção e de restabelecimento.

O enfermeiro de família detém um lugar privilegiado na equipa multidisciplinar devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer os utentes e suas famílias e, consequentemente, os seus estilos de vida durante o atendimento das suas necessidades. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança, onde valoriza a função possibilitar, fornecendo, para isso, a informação necessária, que é geradora de alternativas, e que permitirá ao utente/família a tomada de decisão, efetuar opções de vida, de forma livre, autónoma, consciente e responsável (Correia *et al*, 2001).

Contudo, e como já foi referido, a prática do enfermeiro de família é em complementaridade com a dos restantes membros da equipa de saúde e parceiros comunitários, apresentando-se, dado à sua posição privilegiada de proximidade, como o profissional de referência. Ao organizar e rentabilizar recursos e adequá-los às necessidades de saúde do indivíduo inserido numa família, o enfermeiro de família surge como peça central de todo este processo, contribuindo significativamente para a prevenção da doença e da saúde individual, familiar e, consequentemente, coletiva; e

para acompanhar, também, a pessoa e a sua família no seu processo de gestão de doença crónica, na deteção precoce de doenças não transmissíveis, na visitação domiciliária, entre outras atividades (Decreto-lei 118/2014).

Ao longo das narrativas, foi evidente este seu papel de proximidade com os utentes, apresentando-se como um **gestor de cuidados** caracterizado pela sua competência, conhecimentos e capacidade de mobilizar os recursos disponíveis para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e que respondam às necessidades dos utentes, de forma atempada, personalizada e integrada.

Todavia, é importante referir que o enfermeiro de família "não é um apaga-fogos pontuais", ele apresenta-se como "um promotor de saúde, um preventor, um conselheiro, um colaborador, um formador e um interlocutor privilegiado das famílias com a equipa de saúde e outros tipos de serviço" (OE, 2002a, p.139), sendo uma mais-valia relativamente à acessibilidade de cuidados globais, contínuos e integrados (Silva & Abreu, 2011).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 salienta a importância deste papel do enfermeiro de família, propondo que entre este e o utente se promova a confiança numa relação que difunda a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, sendo um dos principais gestores da sua situação de saúde e responsável pela mobilidade entre os vários serviços de saúde.

Estudos nacionais (Freitas, 2009; Barbieri *et al*, 2012; Silva, Costa & Silva, 2013) evidenciam que os enfermeiros que exercem as suas funções nos CSP possuem atitudes favoráveis à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem e atribuem elevada importância à enfermagem centrada famílias. No entanto, observa-se uma dicotomia entre os seus discursos e as suas práticas, onde a família ainda é vista pelos enfermeiros de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de enfermagem se mantêm centradas nos indivíduos (Freitas, 2009; Figueiredo, 2012).

No discurso dos participantes o enfermeiro de família foi reconhecido como um profissional que cuida da família ao longo de todo o ciclo vital, sendo o elemento que melhor a conhece e, consequentemente, o mais competente para cuidar dela. Contudo, ao longo da análise das narrativas observa-se que as intervenções dos enfermeiros não vão ao encontro da família como uma unidade de cuidados, mas surge numa abordagem de contexto. Esta situação poderia ser justificada com o facto de as entrevistas terem sido realizadas individualmente aos utentes; no entanto, quando questionados sobre a forma como a sua família era envolvida nos cuidados, observou-se que apenas um participante narrou situações onde se verificaram intervenções considerando a família como um todo, sendo que os restantes nove descreveram situações em que os enfermeiros demonstraram interesse e atuaram sobre contexto familiar. Verifica-se, assim, através do discurso dos recetores dos cuidados de enfermagem, que a maioria

das intervenções dos enfermeiros se centra nos indivíduos, indo ao encontro das conclusões dos estudos anteriores.

São muitos os fatores que contribuem para que os cuidados de enfermagem se mantenham centrados no indivíduo e não na família, desde as representações dos enfermeiros sobre família e enfermagem de família, a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem, a escassez de recursos humanos, até aos conteúdos e metodologias de formação em enfermagem (Figueiredo, 2012; Freitas, 2009; Wright & Leahey, 2009).

Na USF que serviu de contexto para o presente estudo, observa-se um rácio de 692 famílias por enfermeiro, o que excede, em quase o dobro, o preconizado no ponto 2 do artigo 9º do Decreto-lei 298/2007, que estabelece uma lista entre 300 a 400 famílias por enfermeiro, o que comporta uma totalidade de 1550 utentes. Manuel Brás (OE, 2013), também evidencia esta situação, referindo que em 2013 estavam em atividade 356 USF que abrangiam 4.393.567 utentes e comportavam 2458 enfermeiros, o que significa que para este número de utentes existe um défice de 377 enfermeiros para que se respeite os rácios definidos para a metodologia recentemente aprovada.

No Quadro 18 também se pode observar que a maioria dos enfermeiros não possui formação no âmbito da família, o que pode justificar a sua abordagem considerando-a, primordialmente, como contexto.

Wright & Leahey (2009) afirmam que as enfermeiras que possuem apenas licenciatura utilizam, predominantemente, o conceito família como contexto, sendo que, por outro lado, as especialistas ou as que possuem um grau académico mais elevado, visualizam-na como uma unidade de cuidados. Isto demonstra que o ensino de enfermagem tem grande responsabilidade pela maneira como os estudantes e, consequentemente, os enfermeiros pensam a família. Para que a enfermagem da família se torne uma realidade, o ensino sobre família deve iniciar-se na licenciatura, como parte essencial da formação do enfermeiro. Uma prática avançada com famílias em enfermagem, só é possível se o enfermeiro incorporar ou estiver sensibilizado desde o início da sua formação, à família como unidade de cuidado, compreendendo, avaliando e considerando como foco de atenção o relacionamento entre as interações familiares e as experiências de saúde e doença (Ângelo, 1999).

Em Portugal têm vindo a ser desenvolvidos esforços neste sentido, destacando-se o estudo de Martins *et al* (2011), que permitiu identificar pontos desconexos e lacunas na formação do aluno de licenciatura quanto à enfermagem de família, possibilitando revisar o currículo de Enfermagem, de forma a adequá-lo às atuais exigências nacionais no âmbito dos CSP.

Outro ponto importante que pode ser justificativo da escassez de intervenções considerando a família como unidade é o facto do Sistema de Informação de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) não estar adequado de forma a garantir a monitorização de resultados de uma intervenção efetiva do enfermeiro sobre a família, nos domínios da avaliação, diagnóstico, intervenção, registo, avaliação e continuidade de cuidados. Preconiza-se que a parametrização do SAPE, nas várias USF e UCSP, seja realizada de acordo com os padrões de documentação correspondentes ao MDAIF, para que seja possível construir-se indicadores que evidenciem a qualidade dos cuidados do enfermeiro de família e os ganhos de saúde daí resultantes (Silva, 2009; OE, 2013).

No entanto, é importante referir que apesar de uma prática de enfermagem que conceitua a família como contexto, foi notório nos testemunhos de alguns participantes, quando questionados sobre a sua conceção de enfermeiro de família, a noção de que é um profissional que cuida da família, estabelecendo uma relação com ela que se traduz num maior conhecimento dos seus hábitos e problemas.

Na interpretação desta dimensão é possível verificar que, apesar dos esforços por parte da OE e mesmo do Governo Português, ainda existe um longo caminho a percorrer no que respeita a adequar as condições necessárias à prática do enfermeiro de família, sendo visível a não concretização dos antecedentes definidos na análise de conceito.

A dimensão três consiste na identificação dos pontos positivos e negativos que emergiram com a **efetivação do enfermeiro de família**.

Como **pontos positivos**, os participantes enfatizaram a acessibilidade, associada à flexibilidade nos horários de atendimento, a pontualidade e a satisfação, traduzindo isto para uma maior qualidade dos cuidados.

Estes resultados vão ao encontro dos resultados de Mendes *et al* (2013), que no seu estudo sobre satisfação dos utentes com as USF, observaram que os inquiridos demonstram elevada satisfação com os fatores organizacionais e atendimento, nomeadamente aspetos ligados ao acesso aos serviços e tempo de espera pela consulta, quer médica, quer de enfermagem.

Como **ponto negativo**, embora não esteja diretamente relacionado com os cuidados do enfermeiro, foi evidenciado a presença das taxas moderadoras. Contudo, esta situação limita o acesso aos cuidados de saúde à capacidade financeira de cada um, o que defrauda o espírito com que foi criado o Serviço Nacional de Saúde, baseado na universalidade ao acesso a cuidados de qualidade, na equidade e na solidariedade.

Silva, Costa & Martins (2014) desenvolveram um estudo com a finalidade de conhecer as perspetivas dos enfermeiros, que trabalham em CSP, face à atual organização dos cuidados centrada nas equipas de saúde familiar, identificando os pontos fortes e os pontos frágeis desta organização, nos cuidados de enfermagem

orientados para a família. Tal como os utentes, as enfermeiras também identificaram a acessibilidade aos cuidados e a satisfação como os pontos fortes desta metodologia, evidenciando a exaltação do desenvolvimento dos cuidados orientados para a enfermagem de família. Para além disso, os enfermeiros que participaram neste estudo percecionam a atual reforma dos CSP como uma oportunidade para o desenvolvimento da enfermagem com família e, consequentemente, para a qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

Ao concluir este estudo gerou-se, sem dúvida, alguma ambivalência de sentimentos. Por um lado, a agradável sensação de missão cumprida, de objetivo atingido, por outro, a noção de que ainda existe muito por fazer e que esta conclusão não é mais do que o início de um longo percurso, que se espera produtivo tendo em vista a efetivação do exercício da enfermagem junto das famílias.

Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, que passam pela diminuição do período de hospitalização, o incentivo para cuidados ambulatoriais e por uma rede de suporte mais ampla e flexível na assistência a portadores de doenças crónicas, exigiu a expansão e ampliação de uma prática de enfermagem com base na família (Barbieri, 2002, 2011; Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009). Surge, assim, um modelo de cuidados de enfermagem onde a família emerge como foco e, como tal, deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere.

Como consequência, assistiu-se, nas últimas décadas, a um protagonismo crescente da “família” nos estudos, intervenções e políticas de saúde internacionais. Na disciplina de Enfermagem, desenvolveram-se estudos de onde se destacam obras como as de Friedman, (1998); Bomar, (1996, 2004); Wright & Leahey (1984, 1994, 2000, 2005, 2009, 2013) e Hanson (2005), que não se limitaram à análise e compreensão das realidades familiares, mas que identificaram situações sensíveis a intervenções consistentes de enfermagem, o que tem permitido a construção de um complexo conhecimento interdisciplinar e de categorias operatórias de intervenção no campo clínico, que articula saberes científicos, éticos e processuais.

Novos desafios são colocados à enfermagem enquanto profissão, os quais situam a enfermagem com famílias como o eixo estruturante dos processos de promoção, prevenção, tratamento, palição, reabilitação e reinserção direcionados às mesmas. Em Portugal, a disseminação deste novo desafio tem tido o contributo decisivo do Ministério da Saúde e da OE. Esta última, tem vindo a envidar esforços no sentido de difundir as orientações da OMS através da elaboração de documentação com orientações específicas para a implementação e consolidação do enfermeiro de família no nosso país, destacando-se a criação, em 2010, do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

O atual quadro legislativo dos CSP portugueses contempla a família como alvo dos cuidados de saúde, evidenciando-se o papel do enfermeiro de família como agente

de mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Na investigação em enfermagem observou-se um aumento da produção de conhecimento em Portugal, através de estudos de investigação que consolidam a enfermagem com famílias nos CPS enquanto objeto de estudo. Destacam-se os estudos de Figueiredo, (2009), Freitas (2009), Santos (2012) que têm como objeto a forma como se conceptualiza a prática da Enfermagem com Família no contexto dos CSP.

Este estudo pretendeu conhecer a perceção dos utentes, inscritos numa USF, sobre os cuidados do Enfermeiro de Família, pois é de extrema importância visualizar os utentes como parceiros na saúde, sendo que as suas pertinentes e realistas contribuições conduzem a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

Com esta investigação, não se ambicionou produzir resultados generalizáveis e conclusões largamente aceites, mas fazer uma reflexão acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros de família, na perspetiva daqueles que são alvo dos seus cuidados.

A entrevista como instrumento de colheita de dados demonstrou ser a técnica ideal para atingir os objetivos, sendo que todos os participantes do estudo demonstraram disponibilidade e abertura no seu discurso ao partilharem as suas experiências. Este contacto com os participantes constituiu-se como uma oportunidade privilegiada de descoberta e de um permanente desafio, fazendo com que ao longo do decurso da investigação surgissem momentos de reflexão e de aprendizagem que contribuíram grandemente quer para o crescimento pessoal, quer profissional da investigadora, por permitir melhorar o seu desempenho na prática dos cuidados, ao questionar, frequentemente, os seus modos de atuação no quotidiano.

A nova organização dos cuidados de saúde é perspectivada pelos participantes como algo benéfico e que contribui para a qualidade dos cuidados. Todos eles identificam o seu enfermeiro de família, no entanto, admitem que até ao momento em que procuraram os cuidados de enfermagem, desconheciam a existência deste profissional. Reconhecem-no como sendo um profissional inserido numa equipa multidisciplinar que através da comunicação promove o encaminhamento e a continuidade dos cuidados. Foram identificados cuidados prestados ao longo das diferentes fases do ciclo vital, destacando-se as suas atividades de educação, manutenção e restabelecimento da saúde.

A possibilidade de cada utente ter um enfermeiro de referência, foi evidenciado como uma mais-valia, relativamente à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados. O enfermeiro de família é referido como sendo um profissional que promove o encaminhamento dos cuidados, pois é dotado de conhecimentos que permitem resolver

as situações e de consciência profissional que permite a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais.

No seu contacto com os utentes estabelece uma relação de parceria, onde se evidencia o respeito pelas suas experiências anteriores. As características pessoais dos enfermeiros, bem como o acolhimento que é feito no contacto com os utentes, são mais-valias para o estabelecimento da relação interpessoal enfermeiro de família - utente, geradora de sentimentos de segurança/confiança e apoio/conforto.

No entanto, apesar de demonstrar interesse pelos restantes membros da família dos participantes, não foram evidenciadas intervenções considerando a família como unidade, o que corrobora a asserção de que a família ainda é vista pela enfermagem de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de enfermagem continuam a ser dirigidos ao indivíduo no seu contexto familiar (Hanson, 2005; Figueiredo, 2009; Freitas, 2009).

Esta situação é justificada pela escassez de formação dos profissionais na área da família, o que conduz ao desconhecimento de modelos de enfermagem de família abrangentes e operativos que permitam o ajustamento aos diferentes contextos; uma representação social da enfermagem por parte dos utentes ainda centrada no modelo biomédico; existência de rácios supranumerários quanto ao número de famílias por enfermeiro em relação ao que está estipulado por lei e sistemas de apoio de registo tradicionalmente direccionados para o indivíduo e que não conseguem responder às exigências da dinâmica de registo da enfermagem de família, tornando inoperável a construção de indicadores que evidenciem os ganhos de saúde.

Neste sentido, é importante que o Ministério da Saúde e a OE continuem a reunir esforços para consolidar o enfermeiro de família em Portugal, destacando-se a necessidade de investimentos na formação, como implementação do modelo de desenvolvimento profissional do enfermeiro de saúde familiar; na organização funcional e estrutural dos centros de saúde, colmatando o fosso existente no que respeita à taxa de enfermeiros por habitante sendo que, simultaneamente, diminuía a elevada taxa de enfermeiros emigrados. Deve, também, apostar-se em estratégias que efetivem a cultura do Enfermeiro de Família junto dos restantes membros da equipa multiprofissional e dos utentes, incluindo oportunidades formais e informais de aprendizagem conjunta com outros profissionais, a realização e divulgação da investigação no âmbito da enfermagem com família e a disseminação de campanhas de marketing que promovam o papel deste profissional e, por último, o desenvolvimento dos Sistemas de Documentação de Cuidados, que efetivem o MDAIF como instrumento metodológico para o desenvolvimento de práticas centradas na família.

As escolas superiores de enfermagem e saúde devem ser parceiras na consolidação do enfermeiro de família, devendo os seus planos de estudo possuir uma inclusão explícita de conteúdos teóricos que permitam uma abordagem da família como unidade.

Os cuidados do enfermeiro de família conduzem à satisfação dos utentes, apresentando flexibilidade no seu horário de atendimento e cuidados caracterizados pela pontualidade. Além disso, o fato de ser próximo do utente, considerado um "amigo", "um membro da família", facilita o acesso aos cuidados, evidenciando-se não só a oferta de cuidados terapêuticos mas também de cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisão. Por outro lado, a existência de taxas moderadoras apresenta-se como o aspeto menos valorizado e que conduz ao afastamento dos utentes dos cuidados de enfermagem.

Com este estudo, contribui-se para o aumento do conhecimento na área de enfermagem com famílias, identificando-se pontos fortes da atual prática do enfermeiro de família, bem como as lacunas existentes e respetivas estratégias que visam minimizá-las, ou mesmo colmatá-las, por forma a aproximar a teoria da prática desenvolvida pelos profissionais de enfermagem junto das famílias.

Os objetivos definidos no início do estudo adivinhavam-se ambiciosos, quando confrontados com a imensidão de trabalho que havia para fazer, em tempo contrarrelógio, e com as múltiplas dificuldades que se poderiam encontrar. Felizmente, os eventuais constrangimentos não constituíram barreiras intransponíveis e com algum esforço ultrapassaram-se. A inexperiência, as indecisões, as limitações de tempo foram colmatadas por uma preciosa orientação que serviu também como impulsionadora e animadora de todo este percurso.

As famílias são complexas e dinâmicas e constituem um desafio para a enfermagem. Quando se conhece a sua história, os seus recursos, as suas crenças e valores, a sua capacidade de tomar decisões, os enfermeiros constituem-se um recurso fundamental para apoiá-las nas suas escolhas e ajudá-las perante momentos de crise que se podem converter em momentos de crescimento e gratificação familiar (Barbieri, 2011).

Contudo, para que tal aconteça é necessário que se aposte na investigação e consequente divulgação dos resultados, para que as práticas da enfermagem com famílias evoluam. Neste contexto, e em função dos dados obtidos neste estudo, a sugestão mais pertinente a fazer é a realização de trabalhos de investigação futuros, que se prenam com a obtenção da perceção da metodologia do enfermeiro de família, por parte dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar. Também seria interessante, utilizar os resultados provenientes deste estudo, em especial

os da análise conceitual, e criar um instrumento de avaliação da percepção dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2009). Prefácio. In Barbieri, MC. *et al* (Eds.). *Linhas de Investigação em Enfermagem de Família: da investigação à prática de enfermagem de família*. (pp. 4-7). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Amado, JS. (2000, novembro). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*. 5, pp. 53-63.

Ângelo, M. (1999, janeiro/dezembro). Abrir-se para a Família: Superando Desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 1 (1/2), pp. 7 – 14.

Araújo, CFG; Barbieri, MC. (2013). *Análise de Conceito de "Enfermeiro de Família", segundo a Metodologia de Walker e Avant: trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem no ano letivo 2012/2013*. Documento não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto

Ballard, NR. (2005). Estrutura, Função e Desempenho Familiares. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.). (pp. 85-107). Lisboa: Lusociência

Barbieri MC. (2009). Nota Introdutória In Barbieri, MC. *et al* (Eds.). *Linhas de Investigação em Enfermagem de Família: da investigação à prática de enfermagem de família*. (pp. 8-11). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Barbieri, MCF. (2011, outubro). Enfermería de Familia en Portugal: un camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 4 (2). pp. 45-48

Barbieri, MC. (2013). *Identificação, organização, operacionalidade, análise e desenvolvimento de conceitos. Texto de apoio à Unidade Curricular Ciências de Enfermagem II do 2º semestre do 1º ano do Mestrado de Ciências de Enfermagem no ano letivo 2012/2013*. Documento não publicado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto

Barbieri-Figueiredo MC, Santos MR, Andrade L, Vilar AI, Martinho MJ, Fernandes I. (2012) Atitudes, Conceções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. In Carvalho, JC. *et al* (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 36-43). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

- Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bastos, ML. (2009a). Investigação em Enfermagem: Temáticas atuais a nível académico. In Gomes, LM (Ed.). *Enfermagem e úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências dos cuidados*. Angra do Heroísmo: Grupo de Investigação Científica em Enfermagem. Disponível em: <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/3.pdf>.
- Bastos, ML. (2009b, julho/dezembro) Investigar sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. 13(2). pp. 11-18
- Biscaia, André Rosa. (2006). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Reforma do Pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, p. 67 – 79.
- Biscaia, André Rosa; Martins, José Nunes; Carreira, Mário Fernando Loureiro; Gonçalves, Inês Fronteira; Antunes, Ana Rita & Ferrinho, Paulo (2006). *Cuidados de Saúde Primários – Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Bogdan, RC. & Bliklen, SK. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- Bomar, PJ. (2004). *Promoting Health in Families – Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*. (3ª ed.) United States: Saunders.
- Bomar, PJ. & Baker-Word, P. (2005). Promoção da Saúde Familiar. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.). (pp. 209-233). Lisboa: Lusociência
- Branco, AG & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, p. 5 – 11.
- Collière, MF. (1999). *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Constituição da República Portuguesa (1976). Diário da República 1ª Série nº 86 (1976/04/10), 738-775
- Correia C., Dias F., Coelho M., Page P. & Vitorino P. (2001). Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2. pp.75 – 82

Decreto-Lei nº 413/71 (1971). *Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência. Diário da República 1ª Série nº 228 (1971/09/27), 1406-1434*

Decreto-Lei nº 48/90 (1990). *Lei de Bases da Saúde Portuguesa. Diário da República 1ª Série nº 195 (1990/08/24), 3452-3459*

Decreto-Lei nº 157/99 (1999). *Regime de criação, organização e funcionamentos dos centros de saúde. Diário da República 1ª Série nº 108 (1999/05/10), 2424 – 2435.*

Decreto-Lei nº. 60/2003 (2003). *Criação da Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários. Diário da República 1ª Série nº 77 (2003/04/01), 2118-2127.*

Decreto-Lei nº. 88/2005 (2005). *Revogação do Decreto-Lei nº. 60/2003 de 1 de Abril e reprivatização do Decreto-Lei nº. 157/99 de 10 de Maio . Diário da República 1ª Série nº 107 (2005/06/03), 3606.*

Decreto-Lei nº 298/2007 (2007). *Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. Diário da República 1ª Série nº 161 (2007/08/22), 5587-5596.*

Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República 1ª Série nº 38 (2008/02/22), 1182-1189*

Decreto-Lei nº 118/2014 (2014). *Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Diário da República 1ª Série nº 149 (2014/08/05), 4069-4071*

Despacho Normativo nº 9/2006 (2006). *Aprovação do Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar. Diário da República I-B Série nº 34 (2006/02/16), 1256-1258*

Despacho Normativo nº 24 101/2007 (2007). *Diferencia a organização dos modelos de USF existentes: A, B e C. Diário da República 2ª Série nº 203 (2007/10/22), 30419*

Driessnack, M.; Sousa, V. & Mendes, I. (2007, julho/agosto). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part. 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 15 (4). Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

Elsen, I.; Althoff, C. & Manfrini, G. (2001, julho/dezembro). Saúde da Família: Desafios Teóricos. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 3 (2), pp. 89 – 97.

- Elsen, I; Marcon, S.; Silva. M. (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem
- Fernandes MGM, Nóbrega MML, Garcia TR, & Macêdo-Costa KNF. (2011, novembro/dezembro). Análise Conceptual: considerações metodológicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64(6). pp. 1150-1156
- Ferreira A, Meireles N, Pereira A, Ferreira S, Vieira E. & Meireles N. (2012). Comunicando com a Família: qual a importância do Enfermeiro de Família? In Carvalho, JC. et al (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto (pp. 220-224). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Figueiredo, MH. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto de cuidar*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Figueiredo, MH. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Família - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência
- Figueiredo, MH & Martins, MM. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 43(3). pp. 615-621.
- Fortin, MF. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata
- Freitas, APC. (2009). *Enfermagem com Famílias: perspectiva dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Galant, M. ; Beaulieu, M. ; Carnevale, F. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*; 2 (40). pp. 149-157
- Gonçalves AC., Silva A., Chalin C., Cabral H., Ricarte LF. & Machado, T. (2008, julho/dezembro). Cuidados Paliativos: Análise de Conceitos à luz da Teoria de Walker e Avant. *Cuidarte Enfermagem*. 2(2). pp. 197-191
- Gutierrez, DMD. e Minayo, MCS. (2010). Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15 (1). pp. 1497-508.

Hanson SMH. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Uma Introdução. In: Hanson SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). (pp. 3-38). Lisboa: Lusociência.

Hanson, SMH & Kaakinen, JR. (2005). Fundamentos teóricos para a Enfermagem de família. In Hanson, SMH (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). (pp. 39-63). Lisboa: Lusociência.

Henriques, MA, Garcia, E. & Bacelar, M. (2011). A perspetiva da enfermagem comunitária na Atenção Básica em Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 45 (Esp. 2). pp. 1786-91

Holtzlander, L. (2005). Clinical application of the 15-minute family interview: addressing the needs of postpartum families. *Journal of Family Nursing*. 11(1). pp. 5-18

Instituto Nacional De Estatística. (2013). *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mundança*. (Destaque - Informação à comunicação social). Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=206614267&DESTAQUESmodo=2

International Council of Nurses. (2002). *Nurses Always There For You: Caring For Families*. Geneva: Autor

Jones, E. (2004). *Terapia dos Sistemas Familiares*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Marcon, SS. & Elsen, I. (1999, janeiro/dezembro). A Enfermagem com um novo olhar....a necessidade de enxergar a família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 1(1/2). pp. 21-26

Marques, ID. (2000, novembro). Percepção «significativa» dos Cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*. 5. pp. 5. - 16

Martins, JCA. (2008, julho/dezembro). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12(2). pp. 62-66

Martins, MM. (2011). A Enfermagem à Família em Portugal: da investigação à organização do cuidados. In Elsen, I.; Souza, AIJ & Marcon, SS. (Eds.) *Enfermagem à Família: Dimensões e Perspetivas*. (pp. 277-283). Maringá: Universidade Estadual de Maringá

Martins, MM., Barbieri, MC., Andrade, L., Figueiredo, MH. & Oliveira, MJMP. (2011). Ensino de Enfermagem à Família nos cursos de Enfermagem - experiência portuguesa.

In Elsen, I.; Souza, AIJ & Marcon, SS. (Eds.) *Enfermagem à Família: Dimensões e Perspetivas*. (pp. 277-283). Maringá: Universidade Estadual de Maringá

Meireles N., Pereira A, Ferreira A., Ferreira S, & Vieira E. (2012). O Papel Parental e a Claudicação Familiar: qual a importância do Enfermeiro de Família?. In Carvalho, JC. et al (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 246-250) Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (4ª Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;

Mendes, F., Mantovani, MF., Gemito, ML. & Lopes, MJ. (2013, março). A Satisfação dos utentes com os Cuidados de Saúde Primários. *Referência*. 3(9). pp. 17 - 25

Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S. & Fishman, HC. (2003). *Técnicas de Terapia Familiar*. (2ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.

Monteiro, MJP. (2009). Enfermagem de Família: a construção de competências. In Barbieri, MC. et al (Eds.). *Linhas de Investigação em Enfermagem de Família: da investigação à prática de enfermagem de família*. (pp. 13-18). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Neves, MMAMC. (2012, dezembro). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*.3(8). pp. 125-134

Ordem dos Enfermeiros. (2002a). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Autor

Ordem dos Enfermeiros. (2002b). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Concetual e Enunciados Descritivos*. [PDF]. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Autor

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. [PDF]. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico*. [PDF]. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. [PDF]. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. [PDF]. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referencialsaudefamiliar_mceec.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. [PDF]. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. [PDF]. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [PDF]. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013, maio) Entrevista ao Enfermeiro Manuel Brás. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 45. pp. 3 – 5

Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma-Ata - Saúde para Todos no ano 2000. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. [PDF]. Retirado em file:///C:/Users/CI%C3%A1udia%20Ara%C3%BAjo/Documents/Downloads/1_alma_ata_nesase.pdf

Organização Mundial De Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.

Pereira A., Ferreira A., Ferreira S., Vieira E. & Meireles N. (2012). O papel do Enfermeiro de Família na prevenção da Claudicação Familiar em Situação de Doença Crónica. In

Carvalho, JC. et al (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 231-233). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Polit & Hungler. (2000). *Investigacion científica en ciencias de la salud*. (6ª Ed.) México: McGraw-Hill

Pope, C. & Mays, N. (2005) *Pesquisa Qualitativa: na atenção à saúde*. (2ª Ed.) Porto Alegre: Artmed Editora

Portugal, Direção Geral da Saúde. (2002). *Centros de Saúde da Terceira Geração- Manual para a Mudança*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004 – 2010*. (Vol I e II). Lisboa: Ministério da Saúde. Edição Internet. www.dgsaude.pt.

Portugal, Ministério da Saúde. (2006). *Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Autor.

Portugal, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008). *Reunião sobre o Enfermeiro de Família*. Lisboa: Autor

Portugal, Ministério da Saúde. (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos Cuidados de Saúde Primários: Pressupostos para a sua implementação*. Lisboa: Autor.

Portugal, Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2012-2016*. Edição de Internet: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

Portaria n.º 1368/2007 (2007). *Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF)*. *Diário da República* 1.ª série, n.º 201 (2007/10/18), 7655-7659.

Portaria nº 301/2008. *Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados*. *Diário da República* 1ª Série nº 77 (2008/04/18), 2278-2281

Queirós, A.(2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto edições

Queirós AA. (2009, julho) . Enfermeiros e Famílias: Abordagem sobre a enfermagem de famílias e o enfermeiro (de saúde) da família. *Revista Sinais Vitais*. 85. pp. 11-20

Ratti, A., Pereira, MTF. & Centa, MDL. (2005, janeiro/abril) A Relevância da Cultura no Cuidado às Famílias. *Família, Saúde Desenvolvimento*. 7 (1). pp. 60-8.

Regadas S., Pinto C. (2010). Enfermagem de Família: benefícios para quem cuida e para quem é cuidado. In Barbieri, MC. et al (Eds.). *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 108-111) Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Relvas, Ana Paula. (2000). *O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 (2004). *100 Compromissos para Uma Política de Família*. *Diário da República I Série-B nº87 (2004/04/13)*,2242-2248.

Resolução do Conselho de Ministros nº. 86/2005 (2005). Criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República I-B Série nº 81 (2005/04/27)*, 3202-3203.

Resolução do Conselho de Ministros nº. 157/2005 (2005). Criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República I-B Série nº 81 (2005/09/22)*, 5981-5982

Ribeiro, JLP. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. (3ª ed.). Oliveira de Azeméis: Legis Editora

Santos, MLVA. (2012). *Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa.

Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: Um Testemunho Pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, p. 101 – 108.

Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., Barbosa, P. (S.d.). *O Futuro do Sistema de Saúde Português - "Saúde 2015"*. Trabalho realizado para o Observatório do QCA III. Escola Nacional de Saúde Pública: Universidade de Lisboa [PDF]. Disponível em file:///C:/Users/CI%C3%A1udia%20Ara%C3%BAjo/Documents/Downloads/file86.pdf

Silva S. (2009). Família como cliente de cuidados: perspetiva e práticas do Enfermeiro de Família. In Barbieri, MC. et al (Eds.). *Linhas de Investigação em Enfermagem de Família*:

da investigação à prática de enfermagem de família. (pp. 58-65). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Silva, AP. & Abreu, W. (2012) Prefácio. In Carvalho, JC. *et al* (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família.* (pp. 10-11). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Silva, MAN.; Costa, MA. & Martins, MM. (2014). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP): olhares dos enfermeiros face à organização dos cuidados, nas equipas de saúde familiar.* Comunicação Livre apresentada no Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/index.php?target=list-abstract-presentations&event=125>

Silva, MAN.; Costa, MA. & Silva, MM. (2013, dezembro). Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência.* 3(11). pp. 19 -28

Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: Frameworks for Practice.* Geneva: International Council of Nurses.

Streubert, H J.& Carpenter, DR. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem.* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Vieira E., Pereira A., Ferreira A., Ferreira S., & Meireles N. (2012) . O papel do Enfermeiro de Família como Promotor do Envelhecimento ativo. In Carvalho, JC. *et al* (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família.* (pp. 236-240) Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing.* 15. pp. 148-154.

Wright, L & Leahey, M. (1994). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention.*(2ª ed.) Philadelphia: FA Davis.

Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família.* (5ª ed.). Brasil: Editora Roca Ltda.

Wills, E. & McEwen, M. (2009). Desenvolvimento de Conceito: Esclarecimento do Significado do Termos. In: Wills, E. & McEwen, M. (Eds.). *Bases Teóricas para Enfermagem* (2ª ed.). (p. 50-72). Porto Alegre: Artmed

ANEXOS

ANEXO I

Guião da Entrevista

Guião Orientador da Entrevista

1. Objetivos

- Conhecer a perceção dos utentes de uma USF sobre o Enfermeiro de Família;
- Identificar quais os aspetos que os utentes mais valorizam nos cuidados de enfermagem do enfermeiro de família;
- Identificar quais os aspetos que os utentes menos valorizam nos cuidados de enfermagem do enfermeiro de família;
- Identificar de que forma os enfermeiros de família envolvem os utentes nos cuidados;
- Compreender de que forma a família é envolvida nos cuidados pelos enfermeiros de família;
- Conhecer a conceção de Enfermeiro de Família que os utentes possuem.

2. Legitimação da Entrevista

Com o objetivo de motivar o entrevistado, iniciar a entrevista por:

- Apresentação do investigador;
- Apresentação do tema e objetivos do estudo;
- Pedir autorização para a gravação da entrevista, garantindo a confidencialidade.

3. Acolhimento

Com o objetivo de caracterizar a amostra, questionar:

- Idade;
- Sexo
- Sabe quem é o seu enfermeiro de família?
- Qual o motivo que o leva a procurar os cuidados de enfermagem nesta Unidade de Saúde Familiar.

4. Descrever a entrevista

Dado tratar-se de uma entrevista semiestruturada e de forma a atingir os objetivos supracitados, pretende-se que o entrevistado fale abertamente sobre a área de interesse, sendo que as questões que se seguem pretendem explorar, mais aprofundamento, determinados tópicos. Assim sendo, à exceção da primeira e da última, as restantes não serão apresentadas pela ordem exposta nem formuladas textualmente, a fim de tornar a entrevista o mais similar possível a uma conversa informal.

- Pode contar-nos como decorre a sua consulta/tratamento/visita domiciliária, com o/a enfermeiro/a de família?
- Como é (caracteriza) a sua relação com o enfermeiro/a?

- O que é que mais valoriza nos cuidados que o seu enfermeiro lhe presta?
- O que é que menos valoriza nos cuidados que o seu enfermeiro lhe presta?
- Ao longo dos contactos que tem com o enfermeiro, apercebe-se se ele comunica com outros profissionais? Pode dar-me um exemplo de como se apercebe desses contatos.
- Ao longo dos contatos que tem com o enfermeiro/a, o que falam sobre a sua família?
- Ao longo dos cuidados, a sua família é convidada pelo enfermeiro a participar nos cuidados? Pode exemplificar como?
- Qual é o seu papel nos cuidados que lhe prestam? Considera que tem um papel ativo nos seus cuidados e nas decisões sobre o seu tratamento?
- Ao longo do contato com o enfermeiro, quais os comportamentos que tem alterado em benefício da sua saúde?
- Em suma, o que é para si o enfermeiro de família?

5. Fecho da entrevista

Após o termino da entrevista, deve-se:

- Resumir aspetos essenciais;
- Agradecer a colaboração.

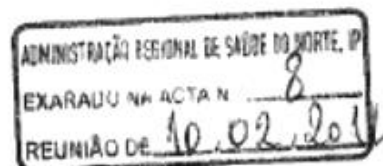
ANEXO II

Parecer Favorável do Comité de Ética da ARS Norte,
I.P. para realização do estudo



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☐ PARECER ☒ Nº 12 DATA: 7Fev14

DELIBERADO CONCORDAR
10.2.2014


DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 11/2014

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 11/2014 (sobre o estudo: "Enfermagem com famílias: perceção dos utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos cuidados do Enfermeiro de Família"), aprovado na reunião do dia 4 de Fevereiro de 2014, por unanimidade.


Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.E.


José Carlos Pedro
Vogal C. D.

A Consideração Superior



Deolinda Neves
Assessora CES/UIC


Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

ANEXO III

Consentimento informado, livre e esclarecido entregue
a todos participantes do estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: "Enfermagem com Famílias: percepção dos utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos cuidados do Enfermeiro de Família"

Enquadramento: Estudo a realizar no âmbito do XX Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto, sob a orientação da Professora Maria do Céu Figueiredo-Barbieri.

Explicação do estudo: Ao longo deste estudo pretende-se compreender a forma como os utentes percebem os cuidados que lhe são prestados pelo enfermeiro de família. Neste sentido, pretende-se realizar entrevistas a utentes que possuem um contacto contínuo com o seu enfermeiro de família, contando, para isso, com o apoio dos enfermeiros que trabalham nesta Unidade de Saúde Familiar na seleção dos participantes. As entrevistas serão realizadas numa sala da Unidade de Saúde Familiar Fiães, garantindo-se a privacidade, e serão gravadas, a fim de facilitar o estudo dos resultados, sendo que no final do mesmo, essas gravações serão destruídas.

Condições e financiamento: Este estudo não possui qualquer contrapartida remuneratória, nem para o investigador, nem para o participante. A participação é de carácter voluntário, ausente de qualquer tipo de prejuízos, caso não queira participar no estudo ou se pretender desistir ao longo do mesmo. De salientar que este estudo mereceu um parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, IP.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados colhidos ao longo das entrevistas serão confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo, estando garantido o seu anonimato. Como já foi referido, todos os contactos serão realizados em ambiente de privacidade.

Desde já agradeço a sua disponibilidade, estando disponível para responder a qualquer dúvida através dos contactos abaixo mencionados:

Enfermeira Cláudia Araújo

Local de trabalho: Unidade de Saúde Familiar da Barrinha, Esmoriz

Contacto telefónico: 916058882

E-mail: claudia_araujo@netcabo.pt

Com os melhores cumprimentos

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

ANEXO IV

Consentimento para a autorização da gravação em
formato áudio entregue a todos os participantes

O Coordenador da Unidade de Saúde

Assinatura